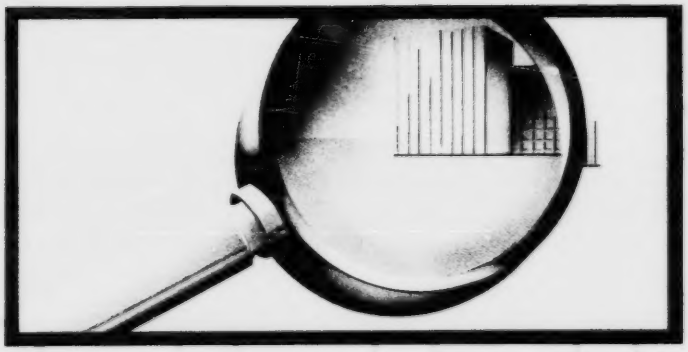
Recherches

DU CONSEIL
DU STATUT
DE LA FEMME



Québec

Gouvernement du Québec
Conseil du statut de la femme

NOUVELLES TECHNOLOGIES DE LA REPRODUCTION

Etude des principales législations et recommandations

Mars 1986

Marie Choquette, Avocate

Direction: Recherche et Analyse
Conseil du statut de la femme
Gouvernement du Québec

Québec:
8, rue Cook
3ième étage, bureau 300
Québec G1R 5J7

Montréal:
1255, place Philippe,
bureau 708,
Montréal H3B 3G1

Dépôt légal: 2ème trimestre 1986
Bibliothèque Nationale du Québec
ISBN: 2-550-16317-6

TABLE DES MATIÈRES

		PAGE
Avant-propos		
Chapitre I:	Insémination artificielle	1
1.1	Le consentement requis	3
1.2	Le statut de l'enfant	4
1.3	Éligibilité au traitement	5
1.4	Le donneur	7
1.4.1	Sélection du donneur	7
1.4.2	Paiement	7
1.4.3	Limite du nombre d'inséminations par donneurs	8
1.4.4	Anonymat	8
1.5	Les banques de sperme	10
1.5.1	Licences	10
1.5.2	Importation	10
1.5.3	Congélation	11
1.5.4	Mélange de sperme	11
1.6	Counselling	11
1.7	La personne qui administre l'insémination artificielle	12
Chapitre II:	Fertilisation in vitro	13
2.1	L'éligibilité au traitement et le consentement requis	13
2.2	Le nombre d'embryons transférés	15
2.3	Le don de gamètes	15
2.4	Le don d'embryon	17
2.5	Congélation d'embryons	18
2.6	La recherche	20

PAGE

Chapitre III: Les mères porteuses---------- 23

Chapitre IV: Le diagnostic prénatal---------- 29

Chapitre V: La médecine génétique---------- 33

5.1 La fécondation inter-species---------- 33

5.2 L'ectogénèse---------- 33

5.3 Implantation de l'embryon dans l'utérus d'une femelle d'une autre espèce---------- 34

5.4 Le clonage---------- 34

5.5 Le prélèvement de cellules---------- 34

Chapitre VI: Le foetus in utero en tant que sujet de recherche---------- 35

6.1 La recherche à but thérapeutique---------- 35

6.2 La recherche à but autre que thérapeutique ou diagnostique---------- 35

Conclusion---------- 37

Notes---------- 39

Bibliographie---------- 49

Annexe 1---------- 55

Annexe 2---------- 59

Annexe 3---------- 63

Annexe 4---------- 67

Annexe 5---------- 69

Annexe 6---------- 75

Annexe 7---------- 79

Annexe 8---------- 87

Annexe 9---------- 89

AVANT-PROPOS

Le présent document fait état des problèmes moraux et légaux engendrés par les nouvelles techniques de reproduction et des solutions proposées par les différents comités qui se sont penchés sur la question. Pour les fins de cette étude, l'auteure s'est limitée à la bibliographie qui lui a été soumise par le Comité du Conseil du Statut de la femme chargé d'étudier les questions relatives aux NTR. Pour cette raison, ce travail ne prétend pas être une étude exhaustive du sujet traité.

CHAPITRE I: INSÉMINATION ARTIFICIELLE

L'insémination artificielle en tant que solution aux problèmes reliés à l'infertilité masculine connaît une popularité sans cesse grandissante qui s'explique d'une part en raison du nombre décroissant d'enfants disponibles pour fins d'adoption et, d'autre part, du nombre relativement élevé de femmes qui veulent vivre l'expérience d'une grossesse.

À la lecture de différents rapports, il ressort que la procédure en vertu de laquelle une femme se fait inséminer artificiellement avec le sperme de son mari ne soulève pas de problèmes moraux nécessitant l'exercice d'un contrôle dans l'intérêt du public[1]. On considère cette procédure comme étant une forme de traitement acceptable dans les cas où cela est cliniquement indiqué[2]. On exige cependant que le mari soit vivant au moment de l'insémination. Exception faite de la Commission de réforme du droit de l'Ontario, l'insémination post mortem est en effet prohibée[3]. Les raisons de cette prohibition sont relatives à l'ampleur des problèmes psychologiques associés à la naissance d'un enfant posthume.

Lorsque la participation d'un donneur de sperme est requise pour parfaire l'insémination artificielle, de nombreux problèmes d'ordre légal, moral et social se posent.

À ce jour, les opinions sur le sujet sont partagées. Dans les arguments contre, l'objection principale est à l'effet que cela implique l'intrusion d'une tierce partie dans une relation supposée exclusive. On juge

que cela constitue une menace pour la relation et la famille issue de cette relation. On s'attriste à l'idée de l'absence de liens biologiques entre l'enfant et le mari de la mère. Dans l'hypothèse où le donneur choisit l'anonymat, on associe son geste à un refus des responsabilités parentales et à une atteinte aux droits de l'enfant conçu de son sperme. Autrement dit, on s'objecte au concept de procréation sans responsabilité. Enfin, on dénonce le fait que le besoin du couple d'avoir un enfant devient prioritaire au détriment de l'intérêt de l'enfant. Les tenants de l'opinion contraire, pour leur part, mettent en exergue la possibilité qui est ainsi offerte au couple d'avoir un enfant qui est biologiquement relié à la femme. On estime que le consentement du mari à cette forme d'insémination artificielle traduit un amour marital très fort. Il s'agit d'une procédure simple et en vertu de laquelle les chances de succès sont élevées. Elle permet donc à la femme de satisfaire ses instincts maternels. En dernier lieu, on observe que le fait que le couple partage l'expérience de la grossesse contribue à renforcer leur union.

Après avoir soupesé les arguments pour et contre soulevés à l'égard de l'insémination artificielle impliquant un donneur, les différents comités formés à travers le monde pour étudier la question ont conclu à l'acceptation morale de la pratique[4]. Cependant, le fait que l'insémination artificielle soit moralement acceptée ne signifie pas qu'elle est permise dans tous les cas. Il importe que certaines conditions soient respectées. Aussi, les comités ont fait des recommandations précises sur des points jugés essentiels au maintien d'une pratique acceptable de l'insémination artificielle.

1.1 Le consentement requis

Le consentement de certaines parties est requis avant que la procédure d'insémination artificielle ne soit amorcée. De façon unanime, les divers comités recommandent l'adoption de dispositions législatives relatives au consentement. Cependant, les recommandations varient quant aux personnes dont le consentement doit être obtenu et quant à la forme de ce consentement.

Le rapport Warnock recommande que le traitement ne soit pas entrepris avant d'avoir obtenu le consentement informé de la femme. Lorsqu'on a recours à un donneur, on recommande que le consentement écrit de la femme et de son concubin soit obtenu. Dans le cas des couples mariés, on recommande que la loi présume que le mari a consenti à l'insémination, à moins que le contraire ne soit prouvé. Le rapport ontarien recommande l'établissement de la même présomption mais en l'étendant au concubin. Notons ici qu'en vertu de la loi australienne, le consentement du mari ou concubin est présumé[5]. Cette présomption est toutefois réfutable. Par ailleurs, le rapport suédois recommande l'obtention du consentement écrit du mari ou concubin devant témoins. Il ajoute que la femme doit consentir par écrit au consentement donné par son partenaire. Cela signifie qu'elle accepte que cet homme devienne le père de l'enfant. Le consentement écrit de la femme et de son partenaire est également requis par l'Académie suisse des sciences médicales et la Colombie-Britannique. Quant au rapport australien, il mentionne uniquement le consentement du partenaire.

L'obtention du consentement du donneur est requise par le comité ontarien, le comité de la Colombie-Britannique et l'Académie suisse[6].

1.2 Le statut de l'enfant

La détermination du statut de l'enfant conçu artificiellement a un impact direct sur son identité en ce qu'elle permet de définir les droits et devoirs de l'enfant ainsi que ceux de ses parents et des autres personnes impliquées dans la procédure. Les différents comités estiment qu'il est aberrant que la loi établisse une distinction entre l'enfant conçu naturellement par des parents qui l'entourent ensuite de soins et d'amour et l'enfant né du fait d'une insémination artificielle. Ils croient que ce que la société peut faire pour cimenter le groupe familial contitué des parents et de l'enfant conçu par des moyens artificiels a plus d'importance que la défence du concept de lignée héréditaire. Dans cette optique, le rapport Warnock, le rapport australien, le rapport suédois, le rapport ontarien et celui de la Colombie-Britannique ont recommandé l'adoption d'une loi édictant que l'enfant conçu par insémination artificielle est l'enfant de sa mère et de son partenaire lorsqu'ils ont tous deux consenti au traitement[7]. On recommande aussi que la loi établisse clairement que le donneur n'a aucun droit ou obligation envers l'enfant. Ces recommandations s'inscrivent dans la même perspective que la loi australienne, adoptée en mars 1984, qui crée une présomption irréfragable à l'effet que le mari ou partenaire d'une femme inséminée artificiellement est responsable de la grossesse et qu'il est le père de l'enfant né de cette grossesse[8]. Cependant,

comme nous l'avons vu, cette présomption, dans son efficacité, est subordonnée au consentement préalable du mari à l'insémination[9].

Dans le même ordre d'idées, certaines recommandations ont été faites concernant le registre des naissances. Le rapport ontarien recommande l'adoption d'une loi prévoyant que la femme qui porte l'enfant et qui a l'intention de l'élever est la mère de l'enfant et doit être identifiée comme telle dans le registre des naissances. Quant à l'époux de la mère ou son concubin, on recommande qu'il soit enregistré comme étant le père. Le rapport Warnock et le rapport australien font des recommandations similaires en ce qui concerne le partenaire de la mère. Toutefois, le rapport australien et le rapport ontarien font du consentement à l'insémination artificielle une condition préalable à l'enregistrement.

Le rapport ontarien précise que le nom du donneur et le fait de la conception artificielle ne doivent pas être mentionnés dans le registre des naissances. À l'inverse, le rapport suédois recommande que l'information relative à la conception artificielle soit notée dans le registre de la population.

1.3 Éligibilité au traitement

Dans l'hypothèse de l'adoption d'une loi permettant le recours à l'insémination artificielle et dans l'hypothèse où des ressources financières étaient allouées pour ce faire, serait-il possible de restreindre l'accès à la technique à certaines catégories de personnes? Pourrait-on, par exemple, l'interdire aux personnes seules?

D'une certaine façon, la réponse dépend de l'existence ou de la non-existence du droit constitutionnel de procréer. Au Canada, l'article 7 de la Charte canadienne des droits et libertés garantit le droit à la vie privée et à l'intégrité de la personne[10]. Aucune décision n'a été rendue nous permettant d'affirmer que le droit de procréer existe chez-nous[11].

Par contre, la jurisprudence américaine sur le sujet est abondante et nous pouvons nous en inspirer. En droit américain, le droit à la vie privée inclut le droit de fonder une famille. Dans cette mesure, on pourrait conclure qu'on ne pourrait refuser l'insémination artificielle à certaines personnes parce que cela interfèrerait avec un droit garanti.

Cependant, ce droit n'en resterait pas moins assujetti à des limites jugées raisonnables[12]. Si par ailleurs on l'analyse comme une liberté, l'État n'aurait pas à mettre à la disposition des parties les moyens de réaliser leurs fins.

En regard du critère relatif au meilleur intérêt de l'enfant, la majorité des comités ont conclu que l'intérêt de ce dernier serait mieux servi s'il naissait dans une famille biparentale. Le rapport australien recommande donc l'adoption de règlements limitant l'accès aux femmes mariées et à celles vivant une union de fait stable avec un homme qui a consenti à l'insémination artificielle[13]. Le rapport Warnock fait la même recommandation, mais à titre de règle générale[14]. Le rapport suédois recommande qu'on effectue une expertise psychosociale des parents éventuels avant de procéder à l'insémination artificielle. Cette expertise a pour but

d'évaluer l'aptitude de ceux-ci à élever l'enfant dans des conditions favorables[15]. Le rapport de la Colombie-Britannique, sans traiter directement de l'éligibilité au traitement, réfère toujours au "couple" receveur. Le rapport ontarien diffère des autres rapports en ce qu'il met l'accent sur la stabilité et non sur le statut. Il permet l'accès aux programmes d'insémination artificielle aux femmes seules stables et aux hommes et femmes stables vivant une relation de mariage ou de fait stable[16]. Malgré l'ouverture qu'il attribue aux femmes seules, le comité reconnaît que l'intérêt de l'enfant est mieux servi lorsqu'il est élevé dans une famille constituée d'un père et d'une mère. Enfin, le comité recommande que les critères de participation ne soient pas laissés à la discrétion des médecins mais qu'ils fassent l'objet d'une réglementation.

1.4 Le donneur

1.4.1 Sélection du donneur

En ce qui concerne les critères de sélection du donneur, les comités sont d'avis que la loi doit rester muette[17]. L'on favorise plutôt l'établissement de normes ou l'adoption de lignes de conduite par la profession médicale. Dans l'ensemble, on recommande une entrevue avec le donneur, un examen physique et une certaine forme d'évaluation psychologique.

1.4.2 Paiement

Le sperme doit être donné gratuitement. Toutefois, le donneur pourra obtenir le remboursement des dépenses qu'il a encourues relativement au don qu'il a fait. Ces

dépenses couvrent les frais de déplacement et les autres déboursés reliés directement au don de sperme. On pourra aussi tenir compte de la perte de gain à laquelle fut exposé le donneur.

1.4.3 Limite du nombre d'inséminations par donneur

Afin d'éviter la propagation sur une large échelle de quelque maladie génétique et afin d'empêcher l'augmentation du risque de consanguinité, des limites doivent être imposées relativement à l'utilisation des échantillons de sperme provenant d'un même donneur. Le rapport Warnock suggère une limite de dix enfants par donneur. Le rapport suédois établit la limite à six enfants pour un donneur. La Colombie-Britannique propose trente échantillons par donneur, ce qui signifie quatre à six grossesses comportant chacune un taux de 15% de chances de succès. L'Ontario recommande que la fréquence du recours à un même donneur soit laissée au jugement des médecins et au choix des participants au programme. Le rapport australien recommande l'adoption de lignes de conduite. Enfin, l'Académie suisse des sciences médicales souligne simplement que le sperme d'un même donneur ne peut être utilisé trop souvent dans un même endroit.

1.4.4 Anonymat

Puisque la question relative à la conservation des dossiers contenant des informations sur le donneur et celle de l'anonymat du donneur sont très liées, nous allons les traiter ensemble. Dans un premier temps, il importe de souligner que le rapport Warnock, le rapport ontarien, le rapport australien, le rapport de la

Colombie-Britannique et l'Académie suisse des sciences médicales jugent que l'anonymat des parties impliquées dans une procédure d'insémination artificielle est essentiel pour la protection de celles-ci tant sur le plan légal qu'émotionnel. Il est évident que le fait de conserver les dossiers relatifs à l'insémination artificielle vient en conflit avec le désir de séparer la vie du donneur de celle de la receveuse. Cela vient aussi en conflit avec le désir du donneur de garder l'anonymat dans l'éventualité où l'enfant voudrait connaître ses origines. Cependant, en considérant que le besoin d'information sur la descendance génétique était préférable à l'anonymat, les comités ont conclu à la conservation des dossiers. Ainsi, le rapport ontarien recommande l'adoption de règlements établissant un système de dossiers permettant d'associer les donneurs et les receveuses. Le rapport Warnock recommande que l'enfant qui a atteint dix-huit ans puisse obtenir certaines informations de base sur le donneur[18].

Il recommande l'adoption d'une loi relative à l'accès à cette information. Le rapport australien recommande que l'identité du donneur ne soit révélée que sur ordre de la cour. La loi australienne sur l'infertilité prévoit que la receveuse peut connaître des détails sur le donneur[19].

L'inverse est aussi possible. De plus, le donneur peut obtenir des informations sur l'enfant conçu de son sperme.

Le 1er mars 1985, la loi suédoise sur l'insémination artificielle est entrée en vigueur. Cette loi accorde aux individus conçus par insémination artificielle le

droit de connaître le nom de leur père biologique une fois qu'ils ont atteint l'âge adulte. Les raisons qui ont motivé l'adoption de cette loi sont basées sur des parallèles établis entre l'insémination artificielle et la procédure d'adoption. Le fait que des études aient démontré que les enfants adoptés ont un besoin véritable de connaître leurs origines et que la possibilité d'obtenir de telles informations est d'une importance extrême pour le développement de l'enfant a eu un impact déterminant. On a donc jugé que les mêmes conclusions pouvaient s'appliquer aux enfants conçus par insémination artificielle.

1.5 Les banques de sperme

1.5.1 Licence

Le rapport ontarien recommande que l'opération de banques de sperme sur une base commerciale soit permise à la condition qu'elles soient détentrices d'une licence et qu'elles respectent des règles strictes édictées relativement aux standards d'opération. Le rapport australien fait la même recommandation en ce qui concerne l'obtention d'une licence. Quant à la Colombie-Britannique, elle recommande l'adoption de règlements créant des normes fédérales relatives aux banques de sperme[20].

1.5.2 Importation

Alors que le comité suédois et celui de la Colombie-Britannique recommandent qu'on prohibe l'importation du sperme humain, le comité ontarien recommande qu'on la permette.

1.5.3 Congélation

La Suède limite la durée de la congélation du sperme à un an. L'Australie recommande l'adoption de lignes de conduite relatives à la durée sans proposer de limite. La Colombie-Britannique recommande l'établissement d'un règlement fédéral gouvernant les normes de préservation du sperme. Enfin, le rapport Warnock recommande qu'après une période de cinq ans, une révision soit effectuée par l'autorité compétente.

1.5.4 Mélange de sperme

Le mélange de sperme est prohibé par les rapports australien et suédois[21].

1.6 Counselling

L'infertilité et le traitement de l'infertilité entraînent des problèmes d'ordre moral complexes. Aussi, certains comités estiment que le counselling doit occuper une place importante au sein des services rattachés à l'infertilité. Le rapport australien juge qu'il est nécessaire pour la protection des intérêts de l'enfant et de ceux des gens directement affectés par l'infertilité. Il recommande donc que le donneur et le couple receveur aient recours aux services de counselling établis. Le rapport suédois observe que le fait que la mère soit reliée biologiquement à l'enfant alors que le père ne l'est pas peut créer des difficultés particulières sur le plan émotif. Pour pallier à cela, il propose que les parents éventuels puissent participer à des discussions de groupe animées par un psychologue ou autre personne qualifiée avant de prendre une

décision. Si, suite à une décision positive, un enfant naît, les séances de discussion doivent pouvoir continuer. Quant aux donneurs, le rapport est d'avis qu'ils doivent eux aussi pouvoir consulter. Le rapport Warnock recommande le counselling pour le couple infertile et le donneur et la loi australienne l'exige dans le cas du couple receveur[22].

1.7 La personne qui administre l'insémination artificielle

Malgré la relative simplicité de la procédure d'insémination artificielle, la protection des parties impliquées exige qu'elle soit administrée sous la supervision d'un médecin agréé. C'est dans ce sens que les recommandations du rapport ontarien, du rapport australien, du rapport suédois, du rapport Warnock et de l'Académie suisse des sciences médicales ont été faites. Notons par ailleurs que la loi australienne contient une disposition à cet effet[23].

CHAPITRE II - FERTILISATION IN VITRO

L'utilisation de la technique de fertilisation in vitro qui, à l'origine, visait à pallier à l'infertilité féminine reliée à des facteurs tubaires, est très controversée. D'une part, il y a ceux qui dénoncent le fait que l'acte d'amour et la procréation sont dissociés. Pour cette raison, ils considèrent que la fertilisation in vitro est une menace à l'existence du mariage et de la famille. Ils émettent aussi des réserves relativement aux embryons non transférés et ils soulignent le fait qu'il s'agit d'un traitement coûteux qui ne bénéficie qu'à une minorité. D'autre part, il y a ceux qui favorisent le recours à la FIV uniquement en raison du fait qu'elle augmente les chances de couples stériles d'avoir des enfants. D'ailleurs, pour certains couples, ce peut être la seule méthode qui leur permette d'avoir un enfant qui sera biologiquement relié à eux.

Dans l'ensemble, les comités qui se sont penchés sur la question ont conclu que la fertilisation in vitro était une forme acceptable du traitement de l'infertilité[24]. Certains recommandent cependant la création d'un comité d'éthique dans les institutions où un programme est établi afin que s'exerce une certaine forme de contrôle sur l'utilisation de la technique[25].

2.1 L'éligibilité au traitement et le consentement requis

Les recommandations faites par le rapport Warnock, le rapport ontarien et le rapport de l'État du

Queensland sur l'éligibilité au traitement dans le cadre de l'insémination artificielle s'appliquent au présent chapitre. Notons cependant que le rapport australien recommande de façon spécifique l'adoption de règlements donnant priorité aux couples mariés et sans enfant dans le cas de la FIV[26]. La loi de l'État de Victoria sur l'infertilité exige quant à elle que la femme qui a recours à la FIV soit mariée[27]. Dans le même ordre d'idées, le Department of Health, Education and Welfare (U.S.A.) restreint l'accessibilité au traitement aux couples mariés. Pour sa part, le Collège des obstétriciens et gynécologues britanniques émet comme principe que la FIV est acceptable lorsqu'elle permet à des femmes infertiles d'avoir des enfants "à l'intérieur du mariage[28]. Toutefois, parce que, dans la société actuelle, on rencontre plusieurs types de familles et parce que l'adoption par une personne seule est possible, le Collège juge qu'il serait erroné d'exclure toutes les femmes seules sans étudier les données individuelles. Aussi, il recommande que l'accès aux programmes FIV pour les femmes seules soit permis dans des circonstances exceptionnelles. L'appréciation de ces circonstances est laissée au médecin.

En ce qui concerne les consentements requis, les recommandations faites par le rapport ontarien et le rapport Warnock relativement à l'insémination artificielle s'appliquent également à la FIV. Par ailleurs, le rapport du Queensland requiert le consentement informé des deux époux et la loi de l'État de Victoria[29] exige le consentement écrit de la femme et de son mari.

2.2 Le nombre d'embryons transférés

Dans le cas de la fertilisation in vitro, on a souvent recours à la technique de la "superovulation". Ceci permet la cueillette de plusieurs ovules. Tous les ovules ainsi obtenus sont fécondés. Il en résulte donc plusieurs embryons. Le fait de transférer plus d'un embryon dans l'utérus de la mère augmente les chances d'obtenir une grossesse et diminue la possibilité d'avoir à répéter la laparascopie[30]. Cependant, il peut s'ensuivre une grossesse multiple avec tous les risques que cela comporte pour la mère et les enfants[31]. Dans l'évaluation du nombre d'embryons qu'on doit transférer, il faut donc comparer les risques d'une implantation multiple aux bénéfices qu'on peut en retirer. Le rapport ontarien considère que le fait de transférer plus d'un embryon est une pratique acceptable. Le Department of Health, Education and Welfare américain et le Collège de obstétriciens et gynécologues britannique sont du même avis. Le rapport Warnock, quant à lui, recommande que la décision relative au nombre d'embryons à transférer soit laissée à la discrétion du médecin.

2.3 Le don de gamètes

Les considérations relatives au don de sperme traitées au chapitre premier s'appliquent à la FIV. Nous nous limiterons donc ici au don d'ovule.

Dans certains cas, la fertilisation in vitro implique un don d'ovule. À ce jour, la congélation d'un ovule n'est pas possible[32]. Pour cette raison, les ovules obtenus d'une donneuse doivent être utilisés aussitôt après la

cueillette. La femme doit donc être prête à recevoir immédiatement l'ovule fertilisé. Aussi, d'une certaine façon, ce problème pratique impose une limite à l'applicabilité de la technique.

Dans l'ensemble, les arguments pour et contre le recours à une donneuse sont les mêmes que ceux avancés dans le cas de l'insémination artificielle[33]. Aux arguments contre, on ajoute cependant celui relié au facteur de risques chirurgicaux encourus par la donneuse lors de la cueillette, alors qu'au chapitre des arguments favorisant le don d'ovule, on remarque autre chose. En fait, parce que les deux partenaires contribuent à la naissance de l'enfant, certains y voient un avantage qu'on ne retrouve pas dans les cas où l'insémination artificielle implique un donneur de sperme.

Le Department of Health, Education and Welfare (U.S.A.), sans prohiber directement le don d'ovule, impose une limite au niveau du transfert de l'embryon. Il exige que l'embryon soit transféré dans l'utérus de la femme qui a produit l'ovule utilisé pour la fécondation. Les autres comités jugent le recours à une donneuse comme étant une pratique acceptable. Ils restreignent toutefois la possibilité d'y recourir en imposant certaines conditions, telles que l'obtention préalable du consentement de la donneuse et du couple receveur, la préservation de l'anonymat de la donneuse, l'absence de mercantilisme, l'acceptation des droits et devoirs parentaux par le couple receveur et le non établissement de liens entre la donneuse et l'enfant[34].

En ce qui concerne le statut de l'enfant, le rapport Warnock, le rapport du Queensland et le Collège des

obstétriciens et gynécologues britannique recommandent l'adoption d'une loi prévoyant que la mère qui accouche est la mère de l'enfant et que son mari en est le père. Notons que la loi de l'État de Victoria sur le statut des enfants crée une présomption irréfragable à cet effet[35].

2.4 Le don d'embryon

Le don d'embryon peut prendre deux formes. Selon la première forme, un ovule fourni par une donneuse est fertilisé in vitro par le sperme d'un donneur et l'embryon qui en résulte est ensuite transféré dans l'utérus d'une femme qui ne peut elle-même produire d'ovules et dont le mari est infertile. En vertu de la deuxième forme, une donneuse est inséminée artificiellement avec le sperme du mari d'une femme infertile ou celui d'un donneur. Trois à quatre jours plus tard, l'embryon est transféré dans l'utérus de la femme infertile. C'est ce qu'on appelle communément la technique du "lavage".

Les arguments contre le don d'embryon sont les suivants: insertion d'une tierce partie dans une relation supposée exclusive, impact sur l'enfant et la société, risques physiques pour la donneuse lors de la cueillette des ovules (forme 1), risque de grossesse pour la donneuse (forme 2) et absence de contribution des parents à la naissance de l'enfant. L'argument favorisant le don d'embryon est qu'il constitue une forme d'adoption prénatale permettant au couple de vivre l'expérience de la grossesse et de l'accouchement. De plus, certains prétendent que, durant la grossesse, des liens se créent entre la mère et l'enfant.

Pour les personnes infertiles, le don d'embryon est probablement la forme de donation la moins satisfaisante. Le fait qu'aucun des partenaires ne soit biologiquement relié à l'enfant ajoute une dimension nouvelle à leur problème d'infertilité. Doit-on pour autant le prohiber? Il semble que non. Ainsi, le collège des obstétriciens et gynécologues de Londres recommande qu'il soit permis mais, comme dans le cas d'une adoption, il recommande que le couple ait recours aux services de counselling appropriés[36]. Le rapport Warnock fait une distinction entre les deux formes de donation. Il accepte la première, mais en raison du risque de gorssesse encouru par la donneuse, il rejette la deuxième. Encore une fois, il recommande l'anonymat des donneurs, mais aussi le droit pour l'enfant qui aura atteint l'âge adulte d'obtenir certaines informations de base sur ceux-ci. Quant au statut de l'enfant, il recommande l'adoption d'une loi le considérant comme l'enfant du couple infertile[37]. La deuxième forme de donation est jugée acceptable par le rapport ontarien. De son côté, le rapport du Queensland recommande que le don d'embryon soit permis lors de circonstances particulières, soit lorsque l'infertilité du couple ne peut être autrement traitée ou pour éviter la transmission d'une maladie héréditaire. En outre, la loi australienne sur l'infertilité prévoit que, dans l'hypothèse du transfert de plus d'un embryon, les gamètes doivent avoir été produites par les deux mêmes donneurs[38].

2.5 Congélation d'embryons

La pratique de la congélation d'embryons évite la répétition de la laparascopie et permet que l'implantation

ait lieu lors d'un cycle subséquent parfois plus favorable. Si on accepte que les risques pour l'embryon sont minimaux, il semble que la pratique soit justifiée. Cependant, en raison de l'ignorance des effets d'une congélation de longue durée et vu les complications légales et morales qui peuvent survenir dans l'éventualité où le couple ayant produit l'embryon mourait, divorçait ou était autrement séparé, une limite de temps doit être établie. Les limites fixées par les différents comités varient. Le National Health and Medical Research Council australien recommande que la limite soit établie en tenant compte du désir des donneurs de gamètes et d'une limite maximale de dix ans. Cette limite maximale de dix ans est reprise par le rapport ontarien et le rapport Warnock. Ce dernier, de même que le rapport de l'État de Victoria[39] proposent une révision tous les cinq ans. Le rapport du Queensland fixe la limite à deux ans mais permet qu'elle soit dépassée lors de circonstances exceptionnelles. La British Medical Association recommande que la limite soit de douze mois. Enfin, le Collège des obstétriciens et gynécologues britannique, sans fixer de période précise, recommande qu'on limite la durée de la congélation dans un but spécifique[40].

La loi de l'État de Victoria, pour sa part, permet la congélation d'un embryon uniquement à la condition qu'elle soit faite dans un hôpital approuvé et qu'elle ait pour but de permettre l'implantation de l'embryon dans l'utérus d'une femme à une date ultérieure[41].

En principe, le pouvoir de décision quant au sort des embryons surnuméraires appartient au couple qui a fourni les gamètes[42]. Aussi, si un partenaire meurt, c'est au

survivant que revient la décision[43]. Si les deux décèdent, le pouvoir de décision passe à l'institution ou au praticien[44]. La même solution doit être appliquée en cas de mésentente entre les partenaires[45].

2.6 La recherche

L'utilisation de l'embryon humain à des fins de recherche ajoute aux connaissances médicales en ce qu'elle permet d'améliorer l'efficacité de la FIV et d'obtenir une meilleure compréhension de l'infertilité, du développement embryonnaire et des processus de fertilisation et d'implantation. Elle pourrait permettre également une meilleure compréhension des pathologies cancéreuses. Bien que la plupart des protocoles de recherche puissent être expérimentés sur les animaux, il y en a pour lesquels un substitut à l'humain n'existe pas. En fait, le problème ne se situe pas au niveau de la nécessité de la recherche puisque celle-ci semble nettement établie. Le problème est plutôt relatif au statut de l'embryon. En effet, suivant la protection qu'on lui accorde, on peut se demander si on doit permettre la recherche ou si, au contraire, on doit la prohiber.

Pour certains, l'embryon est un être humain. Pour d'autres, il n'est ni une personne, ni même une personne potentielle. Ce n'est qu'un amas de cellules qui, à moins d'être implanté dans un environnement humain utérin, ne possède pas de potentiel de développement.

En droit, un certain degré de protection est accordé à l'embryon ou au foetus. Au Québec, par exemple, on admet que l'enfant conçu mais non né est réputé être une

personne[46] chaque fois qu'il y va de son intérêt pourvu qu'il naisse vivant et viable[47]. On reconnaît donc au foetus une personnalité juridique conditionnelle à sa naissance vivante et à sa viabilité. Cependant, notre système juridique n'a pas envisagé les questions légales et éthiques posées par les nouvelles biotechnologies. C'est d'ailleurs pour cette raison que la Commission des droits de la personne du Québec a recommandé que le législateur québécois organise, à l'intérieur du code civil, un régime juridique propre à la condition prénatale[48].

Dans l'ensemble, les différents comités croient qu'une interdiction générale d'effectuer toute recherche sur l'embryon humain n'est pas justifiée[49]. Ils recommandent donc qu'elle soit permise à la condition qu'aucun embryon produit par FIV à des fins de recherche[50] ne soit transféré dans l'utérus d'une femme. De plus, ils spécifient que le consentement de ceux qui ont produit les gamètes doit être obtenu. Par ailleurs, ils recommandent qu'une limite soit établie, limite au-delà de laquelle il ne sera pas permis que l'embryon se développe. Dans la majorité des cas, la limite a été fixée au stade de l'implantation, soit quatorze jours après la fécondation[51]. Soulignons cependant que le Collège des obstétriciens et gynécologues britannique a établi la limite à dix-sept jours après la conception, soit au stade du développement neural. Quant à la Société Royale britannique, elle recommande que la limite soit déterminée par un comité d'éthique. Elle ajoute qu'à son avis, la limite rattachée à l'implantation est trop restrictive.

CHAPITRE III - LES MÈRES PORTEUSES

Plusieurs facteurs peuvent inciter un couple et une mère porteuse à conclure une entente. D'une part, le couple choisira cette alternative parce que la femme est infertile, parce qu'elle est incapable de rendre une grossesse à terme, parce qu'il est trop hasardeux pour elle d'avoir un enfant ou encore parce que, pour des raisons personnelles, elle préfère ne pas vivre l'expérience d'une grossesse. D'autre part, bien que la possibilité d'une adoption s'offre à eux, les couples la rejettent en raison des délais trop longs qu'elle comporte. Mais en principe, dans presque tous les cas, le motif déterminant demeure le fait que l'enfant sera biologiquement relié à au moins un des époux.

Quant aux mères porteuses, ce sont parfois des raisons purement altruistes qui les amèneront à offrir leur capacité d'enfanter. Toutefois, ce qui attire la majorité des mères porteuses est la compensation financière qu'elles en retirent.

Au plan moral, la méthode de reproduction non conventionnelle que constitue le recours à une mère porteuse soulève de nombreux problèmes. Aussi, à ce jour, les opinions sur le sujet sont partagées. Alors que certains déplorent le fait qu'on ait recours à une mère de substitution, d'autres encouragent le développement de la pratique.

L'argument majeur soulevé à l'encontre de la pratique est qu'un contrat conclu avec une mère porteuse a pour effet d'encourager la vente d'enfants. Un autre

argument est celui de l'impact que pourrait avoir un tel contrat sur les femmes. On juge qu'il est tout à fait inconcevable qu'une femme utilise son utérus dans le but unique d'en retirer un profit financier. Par ailleurs, le fait qu'une telle entente implique l'intrusion d'une tierce partie dans la relation maritale ajoute à sa défaveur[52]. On dénonce aussi le fait que la procréation soit dissociée de l'acte sexuel et des actes d'éducation. Enfin, on déplore les conséquences qu'entraîne le bris de la relation entre la mère porteuse et l'enfant et on appréhende les problèmes relatifs à la filiation de l'enfant ainsi conçu.

À l'opposé, l'argument principal favorisant les ententes impliquant une mère porteuse est le fait qu'elles offrent la chance à certains couples d'avoir un enfant qui sera biologiquement le leur à au moins cinquante pour cent. En outre, on estime qu'il serait injuste de priver un couple dont la femme est stérile de la possibilité d'avoir un enfant alors qu'on le permet, en procédant par insémination artificielle, dans le cas où le problème d'infertilité provient du mari.

Au plan légal, la conclusion de contrats impliquant une mère porteuse pose de sérieux problèmes. Pour le moment, il n'existe aucune loi qui traite directement d'ententes de cette nature et les lois actuelles sont véritablement insuffisantes pour régler les problèmes susceptibles d'être engendrés.

Dans l'ensemble, on peut distinguer trois catégories de problèmes légaux: ceux reliés au statut de l'enfant, ceux concernant la validité du contrat et ceux relatifs à son exécution. Juridiquement, la personne est considérée comme hors commerce. De plus, analysée comme un

abandon contre rémunération des droits parentaux, il va de soi que la convention impliquant une mère porteuse viole l'ordre public, ces droits étant considérés comme inaliénables. D'ailleurs, la plupart des lois en matière d'adoption font du paiement d'une somme d'argent pour l'adoption d'un enfant une infraction pénale[53]. En d'autres termes, si la compensation monétaire que reçoit la mère porteuse en échange de sa participation à la procédure est interprétée comme étant le prix d'achat d'un enfant, il est clair que l'entente conclue va à l'encontre des lois prohibant le paiement d'une somme d'argent pour obtenir l'adoption d'un enfant. Conséquemment, l'entente est nulle et inexécutoire.

À la lecture des différents rapports s'étant prononcés sur la question, on constate que, pour la plupart, ils s'opposent à la pratique des mères porteuses[54]. Par exemple, dans le rapport Warnock, on se montre nettement défavorable à la conclusion de telles ententes. Dans un premier temps, on estime la gestation subrogée comme étant totalement inacceptable au niveau éthique dans les cas où une femme est physiquement capable de porter un enfant, mais s'y refuse simplement pour des raisons de commodité. On la rejette même lorsque des circonstances médicales s'y prêtent au motif que les dangers d'exploitation d'un être humain par un autre ne se mesurent pas aux bénéfices qu'on pourrait retirer de la pratique. On va jusqu'à recommander qu'une loi soit introduite afin de criminaliser la création ou l'opération d'agences dont le but est le recrutement des mères porteuses et la négociation d'ententes les impliquant[55]. En ce qui concerne le recours à une mère de substitution dans le cadre d'un programme de fertilisation in vitro, les recommandations faites par le Collège des obstétriciens

et gynécologues britannique, la British Medical Association et le rapport de Victoria concluent également au rejet de la pratique.

Seul le comité rédacteur du rapport ontarien ne s'oppose pas à la pratique des mères porteuses. Il recommande plutôt l'adoption d'une loi réglementant les contrats conclus en vertu de cette pratique et suggère l'insertion de dispositions spécifiques relatives à la forme et au contenu des contrats qui devront faire l'objet d'une approbation préalable par le tribunal, à l'évaluation des parents éventuels et de la mère porteuse, à l'anonymat des parties, à l'absence de liens entre la mère porteuse et l'enfant, à la désignation des parents sociaux comme étant les parents légaux de l'enfant et à la compensation financière reçue par la mère porteuse.

À ce stade, il est intéressant de souligner que dans sept états américains, des projets de loi relatifs aux mères porteuses ont été déposés[56]. Pour la plupart, ces projets définissent le père naturel comme étant celui dont le sperme a servi à l'insémination de la mère porteuse. Ils exigent qu'il soit âgé de dix-huit ans. Les considérations relatives à l'état civil varient[57]. D'autres dispositions concernent la santé physique et mentale du père et son aptitude à élever un enfant. Quant à la mère porteuse, le Kansas requiert qu'elle soit âgée d'au moins vingt et un ans, tandis que les autres fixent l'âge minimal de celle-ci à dix-huit ans. En outre, la Caroline du Sud prévoit de façon spécifique que la mère porteuse doit avoir donné naissance à au moins un enfant avant d'être partie à une entente de ce genre. Tous les projets traitent de l'obtention préalable des consentements du père, de son épouse, de la

mère porteuse et de son mari, s'il en est. Dans tous les cas, on estime que les dispositions relatives au paiement de la mère porteuse doivent être insérées au contrat[58]. Quant à l'enfant, les projets de la loi proposent qu'il soit légalement considéré comme étant l'enfant du père naturel et de son épouse. De façon détaillée, tous les éléments que doit renfermer le contrat sont prévus. Cependant, en général, rien n'est prévu dans l'éventualité où, pendant la grossesse, une partie ne respecte pas ses obligations. On doit en conséquence appliquer la loi générale.

Dans ces projets de loi, on retrouve souvent une clause à l'effet que toute entente impliquant une mère porteuse doit être faite conformément aux dispositions prévues par la loi. Mais qu'en est-il des ententes faites en contravention de ces lois? La formulation employée est trop restrictive pour les englober. Le résultat est malheureux puisque les problèmes légaux qu'on se proposait de résoudre demeurent dans le cas des ententes illégales et que c'est l'enfant qui en subit les conséquences.

CHAPITRE IV - LE DIAGNOSTIC PRÉNATAL

Le diagnostic prénatal peut être défini comme étant un ensemble de procédures dont dispose la médecine pour recueillir des éléments d'informations sur le foetus. De par sa nature, le diagnostic prénatal permet de détecter la présence d'une maladie ou d'une malformation chez le foetus. L'éventail de ces méthodes de diagnostic est vaste[59] et continue de s'élargir. Certaines de ces méthodes sont éprouvées, alors que d'autres sont encore au stade expérimental.

Dans l'éventualité où, suite au diagnostic prénatal, une maladie ou une malformation est détectée, les options qui s'offrent aux parents sont l'avortement, la thérapie prénatale, le traitement de l'enfant dès sa naissance ou encore l'adoption ou le placement de celui-ci dans une institution. Chaque solution est reliée en principe aux convictions personnelles des individus concernés.

Des recommandations sur le diagnostic prénatal ont été faites par le Genetics Research Group of the Hasting Center[60]. Dans un premier temps, il recommande que les programmes soient conçus de façon à toucher un groupe spécifique de femmes dont la grossesse présente un risque. Il propose aussi la subvention des programmes et leur vulgarisation afin qu'il soit possible que des femmes moins favorisées financièrement ou moins scolarisées puissent y recourir. Il insiste par ailleurs sur le maintien d'une qualité supérieure du travail de laboratoire puisqu'il considère que l'acquisition d'informations exactes sur le foetus est un objectif important du diagnostic prénatal. Cependant, il suggère que

l'objectif principal devienne le traitement du foetus ou de l'enfant. Enfin, il recommande qu'il n'y ait aucune restriction légale relative à la prédétermination du sexe du foetus.

Dans la même perspective, le Comité consultatif national d'éthique français est d'avis qu'il est souhaitable de favoriser le recours au diagnostic prénatal uniquement dans les cas où la probabilité d'erreur est suffisamment faible pour entraîner une certitude ou une quasi certitude sur l'existence d'une anomalie génétique. Il recommande que des fonds soient alloués pour le diagnostic prénatal seulement si cette condition est remplie. Il ajoute que le financement octroyé doit permettre l'égal accès de tous à la technique. En outre, il recommande l'établissement de centres agréés de diagnostic prénatal. Dans les cas où une anomalie est détectée chez le foetus, on recommande qu'aucune décision d'interruption médicale de grossesse ne soit prise sans la consultation préalable d'un tel centre.

Il convient ici de rappeler que, depuis l'adoption de la Loi du 17 janvier 1975, telle que modifiée par la Loi du 31 décembre 1975, l'interruption de grossesse est permise dans deux séries de cas: lorsqu'elle est pratiquée avant la fin de la dixième semaine ou pour motif thérapeutique.

Dans le premier cas, l'interruption de grossesse est autorisée après consultation d'un médecin d'un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme. Dans le deuxième cas, l'interruption de grossesse pour

motif thérapeutique est autorisée lorsque la poursuite de la grossesse met en péril la santé de la femme ou lorsqu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic. L'intervention de deux médecins est requise pour que soit autorisée l'interruption de grossesse pour motif thérapeutique, dont l'un doit être inscrit sur une liste d'experts auprès de la Cour de cassation ou d'une cour d'appel[61].

CHAPITRE V - LA MÉDECINE GÉNÉTIQUE

En l'absence de tout contrôle, le recours à certaines techniques impliquant l'utilisation d'embryons humains peut paraître inquiétant. Aussi, quelques comités ont cru bon de faire des recommandations précises concernant certains procédés.

5.1 La fécondation inter-species

Le rapport Warnock juge la fécondation entre espèces comme étant un procédé acceptable lorsqu'il est entrepris à l'intérieur d'un programme reconnu pour le traitement de l'infertilité. Cependant, le développement de tout hybride créé du fait de ce procédé ne doit pas dépasser le stade de deux cellules. On recommande que le développement de l'hybride au-delà de ce stade constitue une offense criminelle.

La loi australienne sur l'infertilité prohibe la fécondation entre espèces[62]. Une contravention à la loi constitue une offense criminelle.

5.2 L'ectogénèse

L'ectogénèse est le procédé qui permet le développement de l'embryon dans un environnement artificiel. Le rapport Warnock recommande que le développement d'un tel embryon au-delà d'une période de quatorze jours constitue une offense criminelle.

5.3 Implantation de l'embryon humain dans l'utérus d'une femelle d'une autre espèce

Le rapport Warnock recommande que l'implantation d'un embryon humain dans l'utérus d'une femelle d'une autre espèce constitue une offense criminelle.

5.4 Le clonage

Le clonage est le procédé en vertu duquel deux ou plusieurs individus génétiquement identiques sont créés. Le National Health and Medical Research Council considère le procédé inacceptable au plan éthique. Dans la même perspective, la loi australienne sur l'infertilité le prohibe[63].

5.5 Le prélèvement de cellules

Il existe un procédé qui consiste à prélever quelques cellules d'un embryon avant son implantation afin d'en étudier la constitution génétique. Ce moyen permet de détecter certaines anomalies. Le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists de Londres croit que le recours à ce procédé doit être permis dans un but spécifique, comme par exemple afin de déterminer si une maladie héréditaire a été transmise. Le Royal Society insiste cependant pour qu'on évalue les effets d'une telle manipulation avant de la mettre en pratique.

CHAPITRE VI - Le foetus in utero en tant que sujet de recherche

Dans l'évaluation du caractère acceptable de la recherche effectuée sur le foetus in utero, les bénéfices obtenus doivent être mesurés aux risques encourus par la mère et le foetus. Il faut par ailleurs distinguer entre la recherche à but thérapeutique et celle dont le but est l'acquisition de connaissances biomédicales.

6.1 La recherche à but thérapeutique

Il semble qu'il existe un consensus en ce qui concerne les actions thérapeutiques destinées à favoriser la vie et la santé du foetus. Aussi, le comité d'éthique français et le National and Medical Research Council ne s'y objectent pas[64]. Ce dernier recommande cependant que soient obtenus au préalabale les consentements de la mère et du père.

Aux États-Unis, des dispositions législatives relatives à la recherche à but thérapeutique sur le foetus in utero furent adoptées en 1975[65]. On y approuve ce genre de recherche dans la mesure où le risque est minimal pour le foetus et où le consentement informé des parents a été obtenu.

6.2 La recherche à but autre que thérapeutique ou diagnostique

La recherche à but autre que thérapeutique ou diagnostique sur le foetus in utero est jugée moralement

acceptable par le National and Medical Research Council dans les cas où un comité d'éthique estime qu'elle ne présente aucun risque pour le maintien de la vie et de la santé du foetus[66]. De la même façon, la loi américaine le permet. Le critère du risque est repris et on précise que le but de l'activité doit être l'acquisition de connaissances biomédicales qui ne peuvent autrement être obtenues. Encore ici, le consentement des parents est requis[67]. Pour sa part, le comité d'éthique français le prohibe[68]. Il émet comme principe directeur que l'embryon ou le foetus vivant ne peuvent être l'objet d'expérimentation in utero.

CONCLUSION

De façon générale, lorsqu'on cherche à établir un jugement de valeur à l'égard des nouvelles techniques de reproduction rendues possibles par le progrès scientifique, on doit éviter de confondre ce qui est moralement bon avec ce qui est techniquement réalisable. En fait, le caractère éthique de ces méthodes non conventionnelles se détermine à partir des bénéfices qu'elles confèrent et des valeurs humaines qu'elles véhiculent. C'est dans cette perspective que les différents comités appelés à se pencher sur la question ont conclu à l'acceptabilité ou au rejet des techniques.

NOTES

1) Report of the Special Committee appointed by the Queensland government to enquire into the laws relating to artificial insemination, in vitro fertilization and other related matters, volume 1, Queensland, Australie, 1 mars 1984, à la page 93; Department of Health and Social Security, Report of the Committee of Inquiry into Human Fertilization and Embryology (Rapport Warnock), Londres, Angleterre, juillet 1984, à la page 19. Voir aussi The Swedish Insemination Committee Report, résumé du rapport suédois intitulé "Children conceived by artificial insemination" (SOU 1983:42) dans The Workshop, à la page 204, où le comité recommande que la procédure soit permise tant pour les femmes mariées que pour celles vivant une union de fait; Ontario Law Reform Commission, Report on human artificial reproduction and related matters, Ministry of the Attorney General, Ontario, 1985, p.147.

2) Par exemple, lorsque le mari est incapable d'avoir des relations sexuelles parce qu'il en est physiquement empêché; lorsqu'il est incapable d'éjaculer lors d'une relation sexuelle; lorsqu'il subit des traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie pouvant entraîner un état de stérilité.

3) Rapport Warnock, supra note 1 et The Swedish Insemination Committee Report, supra note 1. Notons cependant que le rapport ontarien prévoit, dans le cas de l'insémination artificielle d'une femme avec le sperme de son mari ou de son concubin décédé, que le mari ou le concubin décédé doit être enregistré comme étant le père de l'enfant. On ne semble donc pas exiger que l'homme dont le sperme est utilisé soit vivant au moment de l'insémination.

4) Rapport Warnock, supra note 1, à la page 23, où le Comité estime que l'insémination artificielle ne doit plus être victime du vide juridique actuel et qu'on doit la permettre à certaines conditions; Rapport australien (Queensland), supra note 1, aux pages 93 et ss; Rapport du comité consultatif sur le stockage et l'utilisation du sperme humain, présenté au Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, Université de Colombie-Britannique, Faculté de médecine, Département de pédiatrie, Vancouver, 1981, à la page 49, où le Comité est d'avis que l'insémination artificielle est rarement préjudiciable et qu'elle peut servir à raffermir la famille. Le Comité croit cependant que des études sur les familles receveuses et donneuses doivent être

entreprises. Par ailleurs, le comité ajoute qu'il faut se livrer parallèlement à des recherches accrues dans le domaine de la stérilité chez l'homme afin de réduire la demande d'insémination artificielle; Ontario Law Reform Commission, Report on human artificial reproduction and related matters, Ministry of the Attorney General, Ontario, 1985, à la page 148.

5) Status of Children (Amendment) Act 1984, Conseil législatif australien, mars 1984, article 10(c)(4).

6) Académie suisse des sciences médicales, Directives et recommandations d'éthique médicale de l'Académie suisse des sciences médicales, Bulletin des médecins suisses, BAND 63, 1982, HEFT 12, 24 mars 1982, à la page 682.

7) Soulignons que la British Medical Association a fait une recommandation du même genre par l'insertion d'une note additionnelle à la fin de son étude sur la fertilisation in vitro.

8) Status of Children Act, supra note 5, articles 10(c) et 10(A). Notons par ailleurs que le Comité ontarien recommande l'établissement de la même présomption dans la mesure où le consentement présumé du partenaire à l'insémination artificielle n'a pas été contesté.

Au Québec, l'insémination artificielle est une fin de non-recevoir aux actions en désaveu et en contestation de paternité. La situation est la suivante. La règle générale est à l'effet que l'enfant né pendant le mariage ou dans les trois cents jours après sa dissolution ou son annulation est présumé avoir pour père le mari de la mère (article 574 C.C.Q.). Le père présumé peut toutefois désavouer l'enfant en justice (article 581 FC.C.Q.) et la mère peut contester la paternité du père présumé (article 582 C.C.Q.). Cependant, dans le cas d'un enfant conçu par insémination artificielle, les recours en désaveu ou en contestation ne sont pas recevables lorsque les époux ont consenti à l'insémination (article 586 C.C.Q.). L'enfant conçu par insémination artificielle est donc présumé, d'une manière irréfutable, être l'enfant du mari de la mère (l'applicabilité de cette présomption est cependant conditionnelle au consentement à l'insémination). Dans la même perspective, la contestation de la filiation d'une personne pour le motif qu'elle a été conçue par insémination artificielle n'est pas possible (article 588 C.C.Q.).

9) Status of Children Act, supra note 5.

10) Loi constitutionnelle de 1982, Partie I.

11) Cependant, dans La Reine c. Morgentaler (1984) 47 O.R. (2d) 353 (H.C.J.), le juge Parker estime que la décision de se marier et d'avoir des enfants peut être protégée constitutionnellement. Toutefois, le juge n'a pas élaboré plus longuement.

12) Par exemple, au Canada, il est possible, en vertu de l'article 1 de la Charte, d'assujettir un droit garanti à certaines limitations. En regard de l'argument relié au meilleur intérêt de l'enfant, il serait possible que le fait de refuser l'insémination artificielle aux personnes seules soit perçu comme une limite raisonnable. D'autre part, soulignons qu'un gouvernement pourrait avoir recours à la "clause nonobstant" prévue à l'article 33(1) de la Charte. Enfin, notons que l'article 15 de la Charte relatif au droit à l'égalité (en vigueur depuis avril 1985) pourrait être invoqué en faveur des personnes à qui on refuse l'accès.

13) On ajoute que le recours à l'insémination artificielle sera permis uniquement pour les couples qui ont un problème d'infertilité établi.

14) Le Comité Warnock précise toutefois qu'en raison de la disponibilité relative des services reliés à l'infertilité, certains individus auront priorité en raison de leur âge, de la durée de l'infertilité et des chances de succès du traitement. Il s'agit d'une question de jugement laissée à la discrétion du médecin.

15) Encore ici, on réfère aux couples mariés ou à ceux vivant une union de fait. Les pré-requis sociaux recommandés par la Suède sont les suivants: l'homme et la femme doivent tous deux être âgés d'au moins vingt-cinq ans; leur relation doit être stable et mature; l'homme doit avoir accepté son infertilité; les raisons motivant leur désir d'avoir un enfant doivent avoir été approfondies; si l'homme souffre d'une maladie grave, l'insémination doit être reportée jusqu'à ce que sa condition se soit stabilisée; le donneur doit avoir une attitude mature et responsable face à son engagement et on doit pouvoir compter sur son assistance dans l'éventualité où l'enfant ressentira le besoin de connaître l'identité de son père biologique. Notons par ailleurs qu'à la lecture de la loi australienne (Status of Children Act), il est clair que l'insémination artificielle est effectuée pour les couples mariés ou vivant une union de fait.

16) Le terme "stabilité" signifie ici qu'on doit évaluer les facteurs relatifs à l'environnement, à la santé physique et mentale, aux réactions face à la technique et à la stabilité de l'union des parties.

17) Notons ici que l'article 25 du Infertility Act, décembre 1984, Assemblée législative australienne, prohibe l'utilisation des gamètes produites par un enfant. L'enfant est défini dans la loi comme étant âgé de moins de dix-huit ans et non marié.

18) Ces informations sont relatives à l'origine ethnique et à la santé.

19) Infertility Act, supra note 17, article 20.

20) En attendant que ces normes soient établies, elle suggère que les banques de sperme non rattachées à un centre universitaire ou à quelque autre agence non commerciale puissent être liquidées.

21) Notons cependant que l'article 10(c)(1)(B) du Status of Children Act, supra note 7, semble le permettre indirectement en prévoyant de façon spécifique le procédé d'insémination artificielle d'une femme en vertu duquel le sperme utilisé est un mélange du sperme de son mari et de celui d'un autre homme.

22) Infertility Act, supra note 17, article 18.

23) Infertility Act, supra note 17, article 17.

24) Voir le rapport Warnock; le rapport ontarien; le rapport du Queensland (Australie); le rapport de la British Medical Association qui recommande une évaluation préalable de la stabilité des relations du couple et de leur intention d'accepter des obligations parentales; le rapport du Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Report of the RCOG Ethics Committee on in vitro fertilization and embryo replacement or transfer, Londres, Angleterre, mars 1983, 22 pages, où le Collège recommande cependant l'adoption d'une loi accordant des pouvoirs de surveillance et de contrôle au Secrétaire d'Etat; le rapport du National Health and Medical Research Council, First Report by NH & MRC Working Party on Ethics in Medical Research. Research on Human, Australie, août 1982, Supplementary note no.4, à la page 26, où le Conseil conditionne l'acceptabilité de la FIV à une approbation du programme par un comité d'éthique; le rapport du Department of Health, Education and Welfare, "Protection of Human subjects - HEW Support of human in vitro fertilization and embryo transfer - report of the Ethics

Advisory Board", Federal Register, 18 juin 1979, vol.44, no.118, à la page 35055, où le Comité recommande de façon spécifique l'allocation de ressources fédérales aux programmes de fertilisation in vitro. (Notons qu'en vertu d'un rapport produit par le même comité en 1975, la loi avait été amendée de façon à prévoir l'établissement de comités d'éthique dans les centres où la FIV était pratiquée. Ces comités avaient été établis afin d'évaluer l'acceptabilité morale de toute demande ou proposition reliée à la FIV).

25) Voir ce qui a été dit supra note 24.

26) Il s'agit ici du rapport du Queensland.

27) Infertility Act, supra note 17, article 10.

28) Le terme "mariage" signifie ici un couple hétérosexuel qui cohabite en vertu d'une relation de mariage ou de fait.

29) Supra note 27.

30) Le traumatisme émotionnel qui naît chez la femme suite à un échec de grossesse doit aussi être évalué.

31) Risque de fausse couche, accouchement prématuré et immaturité à la naissance.

32) Il semble qu'il s'opère une perte de chromosomes lors de la décongélation. Voir le rapport de l'état de Victoria.

33) Arguments contre: introduction d'une tierce partie dans le mariage, impact sur l'enfant et effets néfastes pour la société en général. Arguments pour: pour certains couples, cette façon de procéder est la seule qui permette à une femme d'avoir un enfant qui sera biologiquement celui de son mari. Au surplus, le couple vit l'expérience de la grossesse.

34) Ainsi, le National Health and Medical Research Council d'Australie recommande l'obtention préalable du consentement de la donneuse et du couple receveur, l'acceptation des droits et devoirs parentaux par le couple receveur et l'absence d'éléments de commerce; le rapport du Queensland considère que la décision relative à l'utilisation ou non de donneurs de gamètes doit être laissée à l'appréciation des comités d'éthique de chaque institution. Il recommande l'adoption de lignes de conduites similaires à

celles proposées par le NHMRC. Il recommande en plus que des informations relatives aux donneurs de gamètes soient données aux couples receveurs. Ces informations ne doivent cependant pas permettre d'identifier les donneurs; le rapport ontarien propose l'adoption d'une loi relative au consentement des donneurs et à l'absence de liens entre la donneuse et l'enfant. Le principe appliqué au paiement du donneur doit s'appliquer également à la donneuse. Le comité soumet toutefois que le montant alloué pourra être plus élevé dans les cas où une laparoscopie ou un lavage d'utérus seraient pratiqués; le Collège des obstétriciens et gynécologues britannique recommande l'obtention du consentement informé de la donneuse, l'anonymat de celle-ci, l'absence de paiement et la cession des droits de la donneuse sur l'ovule. Il recommande en outre que les traits physiques de la donneuse et de la receveuse se ressemblent; le rapport Warnock recommande qu'on garde l'anonymat de la donneuse, son évaluation préalable, le consentement des parties, le droit de l'enfant de connaître les faits relatifs à la donation, l'accès à une certaine information de base sur la donneuse pour le couple receveur et l'enfant lorsqu'il aura atteint dix-huit ans (information relative à l'origine ethnique et à la santé de la donneuse), l'absence de liens entre la donneuse et l'enfant et une limite de dix enfants par donneuse; la loi de l'état de Victoria sur l'infertilité, à ses articles 11 et 12, prévoit le consentement écrit du couple receveur, des donneurs de gamètes et de leurs époux, s'il en est, et le remboursement des dépenses encourues par les donneurs; la British Medical Association exige qu'on obtienne le consentement des donneurs.

35) Status of Children Act, supra note 7, article 10(E).

36) Le rapport Warnock et le rapport du Queensland font la même recommandation.

37) Notons que l'article 10(E) du Status of Children Act, supra note 7, crée une présomption irréfragable dans ce sens.

38) Infertility Act, supra note 17, article 13.

39) Committee to consider the social, ethical and legal issues arising from in vitro fertilization, report on the disposition of embryos produced by in vitro fertilization, Victoria, Australia, août 1984, 88 pages. Le Comité souligne que les arguments qui militent en valeur de la congélation d'embryons

seraient moins valables s'il devenait possible de congeler des ovules humains. En conséquence, il recommande que la recherche pour le développement de techniques reliées à la congélation d'ovules soit grandement encouragée.

40) Par exemple, l'établissement d'une deuxième grossesse pour un même couple.

41) Infertility Act, supra note 17, article 6.

42) Voir le rapport de Victoria, le rapport ontarien, le rapport Warnock et le rapport du National Health and Medical Research Council.

43) Le rapport ontarien et le rapport Warnock ont fait des recommandations à cet effet.

44) Supra note 42. Voir infra note 45.

45) Supra note 42. Le rapport du NHMRC a aussi fait une recommandation à cet effet. Cependant, notons qu'en cas de mésentente, le rapport du Queensland recommande qu'on procède comme dans les cas de garde d'enfants. Par ailleurs, dans l'éventualité où les partenaires mouraient, il suggère qu'on procède comme en matière d'adoption.

46) Notons que le Code civil ne contient pas de définition de la personne humaine et que l'article 18 édicte simplement que l'être humain possède la personnalité juridique.

47) Cette règle se retrouve au chapitre des successions (article 608 C.c.), des donations (article 771 C.c.), des testaments (article 838 C.c.) et des substitutions (article 945 C.c.). Aussi, on reconnaît que l'auteur d'une faute à l'égard d'un foetus doit réparation à l'enfant qui, né vivant et viable, a subi un dommage du fait de cette faute: Montreal Tramway's Co. c. Léveillé (1933) S.R.C. 415. À ce sujet, voir E. Deleury, "Le projet de loi no.106 et les droits de la personnalité: perspective et analyse prospective" (1984) 25 Cahiers de Droit, 699 et B.M. Knoppers. "Le statut juridique du foetus: du droit comparé au droit en devenir" dans Le diagnostic prénatal, Cahiers de Bioéthique, Presses de l'Université Laval, 1980, à la page 205.

48) Commission des droits de la personne du Québec, "Commentaires de la Commission des droits de la personne du Québec sur le projet de loi 106: loi portant réforme au Code civil de Québec du droit des personnes: résumé", 26 avril 1983, à la page 6.

49) Voir le rapport du Department of Health, Education and Welfare des Etats-Unis (1979), où on considère que la recherche sur l'embryon humain est acceptable en autant qu'elle se conforme aux règlements qui gouvernent la recherche sur les êtres humains; les recommandations du European Medical Research Council's Advisory Sub Group on Human Reproduction, recommandations for priority areas in human reproduction research 1984, dans The Lancet, 2 juin 1984, aux pages 1228 à 1230; le rapport du National Health and Medical Research Council australien; le rapport ontarien; le rapport Warnock, lequel recommande l'adoption d'une loi accordant une protection à l'embryon humain in vitro; le rapport du Royal College de Londres qui recommande cependant que le but de la recherche soit clairement défini; le rapport du Queensland; le rapport de la British Medical Association; le rapport de la Royal Society de Londres et le rapport de Victoria.

50) Soulignons ici que le rapport du Queensland recommande qu'on prohibe la création d'embryons dans un but de recherche. Quant au rapport de Victoria, il révèle que trois membres du comité recommandent que la recherche soit limitée aux embryons produits en excès, alors que deux membres jugent acceptable que des embryons soient créés à des fins de recherche. Enfin, le rapport Warnock recommande que la recherche soit permise quelle que soit la provenance de l'embryon.

51) Voir le rapport Warnock qui recommande que le fait de permettre le développement de l'embryon au-delà de quatorze jours constitue une offense criminelle; le rapport ontarien; le rapport du NHMRC (Australie); le rapport dit DHEW (USA); le rapport de l'Etat de Victoria et le rapport de la BMA.

52) La contribution de la mère porteuse étant plus grande, plus personnelle et plus intime que celle d'un donneur de sperme, on considère l'intrusion plus grave que dans le cas de l'insémination artificielle.

53) Par exemple, au Québec, le fait de recevoir ou de donner un paiement pour obtenir l'adoption d'un enfant constitue une infraction punissable sur déclaration sommaire de culpabilité: Loi sur la protection de la jeunesse, L.R.Q. 1977, C.P.-34.1, article 135.1.

54) Voir le rapport Warnock, le rapport de l'État de Victoria, le rapport de la British Medical Association, le rapport du RCOG (Londres), le rapport du

Queensland et le rapport du Comité consultatif national d'Éthique sur les Sciences de la vie et de la Santé, Avis sur les problèmes éthiques nés des techniques de reproduction artificielle, Paris, 23 octobre 1984, à la page 3.

55) Le rapport du Queensland et celui de Victoria font la même recommandation. Certains membres du comité de Victoria ont même suggéré que la loi soit amendée de sorte que le fait d'être partie à une telle entente constitue une offense criminelle.

56) California Assembly Bill no.3771; Kansas Senate Bill no.361; Michigan House Bill no.4114; Minnesota Legislature Bill no.H.F.534; New York Assembly Bills no.5537 et no.6624; Oregon House Bill 2693; South Carolina House Bill no.2098.

57) Le Michigan exige qu'il soit marié. Le Kansas, la Caroline du Sud et la Californie exigent qu'il soit marié et qu'il ait obtenu le consentement de son épouse. L'état de New York exclut de façon radicale les célibataires, tandis que l'Orégon et le Minnesota permettent qu'ils soient parties à un tel contrat.

58) L'état de New York et le Michigan prévoient le remboursement des dépenses encourues mais prohibent tout paiement pour l'enfant lui-même ou pour les services rendus par la mère porteuse. Le Minnesota suggère qu'un montant maximum pour la compensation payée à la mère porteuse soit fixé tout en précisant que ce montant ne doit pas être inférieur à 10 000.00$. La Caroline du Sud spécifie que, dans l'éventualité d'une fausse-couche au cours des cinq premiers mois de grossesse, la mère porteuse sera remboursée des dépenses médicales qu'elle aura encourues, mais sans plus. Après cette période, elle pourra toucher un montant équivalent à 10% de ce qui avait été prévu en supposant que l'enfant naîtrait.

59) L'amniocentèse, l'ultrason, l'échoscopie, l'aspiration du sang des vaisseaux placentaires, le test du niveau des foetoprotéines alpha.

60) Voir T.M. Powledge et J. Fletcher, "Recommandations concernant les problèmes moraux, sociaux et juridiques relatifs au diagnostic prénatal", Les Cahiers de Bio-Ethique, No.2, 1980, pp.85-99.

61) Voir à cet effet les précisions concernant la législation française relative à l'interruption de grossesse à l'annexe 9. Source: Comité consultatif

national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, Avis sur les problèmes posés par le diagnostic prénatal et périnatal, France, juillet 1985.

62) Infertility Act, supra note 17, article 6. La sanction prévue est le paiement d'une amende ou un emprisonnement de quatre ans.

63) Supra note 58.

64) Comité consultatif national d'éthique pour les Sciences de la vie et de la Santé, Avis sur les prélèvements de tissus d'embryons ou de foetus morts à des fins thérapeutiques, diagnostiques et scientifiques, Paris, 22 mai 1984; National Health and Medical Research Council, Ethics in medical research involving the human foetus and human foetal tissue, Camberra, Australie, 1983, le NHMRC recommande que l'évaluation des risques et bénéfices soit faite par les comités d'éthique de chaque institution.

65) Loi 45 CFR 46, voir l'article 46.208.

66) Supra note 64.

67) Supra note 65.

68) Supra note 64.

BIBLIOGRAPHIE

ACADÉMIE SUISSE DES SCIENCES MÉDICALES, Directives et recommandations d'éthique médicale de l'Académie suisse des sciences médicales, Bulletin des médecins suisses, Band 63, 1982, Heft 12, 24-3-82, p.674-684.

ADVISORY SUB-GROUP ON HUMAN REPRODUCTION, (part of standing committee of the European Medical Research Councils), Human in vitro fertilization and embryo transfer. Recommandations to European Medical Research Councils, (16-17 juin 1983 à Bruxelles), in The Lancet, nov.19, 1983, p.1187.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION, "Interim report on human in vitro fertilization approved", in British Medical Journal, vol.286, 14 May 1983, p.1590-1595.

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTE, Avis sur les prélèvements de tissus d'embryons ou de foetus humains morts à des fins thérapeutiques, diagnostiques et scientifiques, Paris, 22 mai 1984, 10 p.

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTE. Avis sur les problèmes éthiques nés des techniques de reproduction artificielle, Paris, 23 octobre 1984, 4 p.

COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE DU QUÉBEC, "Commentaires de la Commission des droits de la personne du Québec sur le projet de loi 106: Loi portant réforme au Code civil de Québec du droit des personnes: Résumé", 26 avril 1983, 15 p.

Commission de réforme du droit du Canada, "Le consentement à l'acte médical", document d'étude, Série Protection de la vie. (Section C: Le consentement et les foetus en tant que patients ou sujets de recherche médicale) pp.96-100.

COMMITTEE TO CONSIDER THE SOCIAL, ETHICAL AND LEGAL ISSUES ARISING FROM IN VITRO FERTILIZATION, Report on the disposition of embryos produced by in vitro fertilization, Victoria, Australia, août 1984, 88 p.

DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE, "Protection of Human Subjects - HEW Support of human in vitro fertilization and embryo transfer - Report of the Ethics Advisary Board" in Federal Register, June 18, 1979, Vol.44 no.118, pp.35033-35058.

DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY, Report of the Committee of Inquiry into Human Fertilization and Embryology, London, England, July 1984, 93 p.

DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE, Protection of Human Subjects. Fetuses, pregnant women and in vitro fertilization, Federal Register, August 8, 1975, (U.S.A.), p.33526-33551, title 45.

EUROPEAN MEDICAL RESEARCH COUNCIL'S ADVISORY SUBGROUP ON HUMAN REPRODUCTION, Recommendations for priority areas in human reproduction research 1984, (European Medical research Councils), in The Lancet, June 2, 1984, p.1228-1230.

INFERTILITY (MEDICAL PROCEDURES) ACT, Déc.1984, Assemblée législative australienne.

NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL, Ethics in medical research involving the human fetus and human fetal tissue, Camberra, Australia, 1983, 42 p. (Report of the NH & MRC Medical Research Ethics Committee).

NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL, First report by NH & MRC Working Pary on Ethics in medical research. Research on humans (Australia), August 1982 Supplementary Note no.4, p.26-28.

ONTARIO LAW REFORM COMMISSION, Report on human artificial reproduction and related matters, Ministry of the Attorney General, Ontario, 1985, vol.1-2, 390 p.

POWLEDGE, Tabitha M., FLETCHER, John, "Guide-lines for the ethical, social and legal issues in prenatal diagnosis. Report from the Genetics Research Group of the Hastings Center.

POWLEDGE, Tabitha M., FLETCHER, John, "Recommandations concernant les problèmes moraux, sociaux et juridiques relatifs au diagnostic prénatal", Les cahiers de bioéthique no.2, 1980, pp.85-99.

RAPPORT DU COMITÉ CONSULTATIF SUR LE STOCKAGE ET L'UTILISATION DU SPERME HUMAIN, présenté au Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, Université de Colombie-Britannique, Faculté de médecine, Département de pédiatrie, Vancouver 1981, 82 p.

Report of the special committee appointed by the Queensland government to enquire into the laws relating to artificial insemination, in vitro fertilization and other related matters, volume 1, Queensland (Australia), 1st March 1984, 149 p.

ROY, David, "Recherche et expérimentation sur l'embryon humain: base éthique d'une politique et réglementation", projet de recherche, Centre de bioéthique, Institut de recherches cliniques de Montréal, 10 p., non daté.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS, Report of the RCOG Ethics Committee on in vitro fertilization and embryo replacement or transfer, (Londres), Angleterre, March 1983, 22 p.

STATUS OF CHILDREN (AMENDEMENT) ACT.1984, Conseil législatif australien, Mars 1984.

SWEDISH INSEMINATION COMMITTEE REPORT, résumé du rapport suédois intitulé "Children conceived by artificial insemination" (SOU 1983:42), dans THE WORKSHOP, 201-222.

THE ROYAL SOCIETY, HUMAN FERTILIZATION AND EMBRYOLOGY (Submission to the Department of Health and Social Security Committee of Inquiry into human fertilization and embryology), London (Angleterre), March 1983, 12 p.

ANNEXES

ANNEXE 1

PRÉCISIONS CONCERNANT LES PRINCIPAUX RAPPORTS

ANGLETERRE

Rapport du Collège des obstétriciens et gynécologues britannique:

Présenté en mars 1983 par certains membres du Collège. Ce rapport traite des problèmes sociaux et moraux engendrés par la FIV et fait état de diverses recommandations.

Rapport de l'Association médicale britannique:

Présenté en mai 1983. Fait état de recommandations relatives à la FIV.

Rapport de la société Royale:

Présenté en mars 1983. Fait état de recommandations relatives à la FIV.

Rapport Warnock:

Présenté par le Ministère de la Santé et de la Sécurité de Londres en juillet 1984. Le comité rédacteur regroupant des membres de diverses professions avait été chargé d'étudier les implications sociales, éthiques et légales des NTR en 1982 sous la présidence de Dame Mary Warnock.

AUSTRALIE

Rapport de l'État du Queensland

Rapport d'un comité multidisciplinaire désigné par le gouvernement du Queensland présenté en mars 1984. Etude des problèmes légaux, sociaux et moraux soulevés par les NTR.

Rapport de l'État de Victoria:

Présenté en août 1984 par un comité multidisciplinaire. Etude des aspects sociaux, moraux et légaux touchant la FIV.

CANADA

Rapport de la Colombie-Britannique:

Présenté au ministre de la Santé et du Bien-être social en 1981. Traite de la FIV et de l'insémination artificielle.

Rapport de la Commission de réforme du droit de l'Ontario:

Présenté en 1985. C'est en 1982 que la Commission avait reçu mandat du Procureur-général de l'Ontario d'étudier les problèmes légaux engendrés par les NTR.

ÉTATS-UNIS

Rapport du Ministère de la Santé, de l'Éducation et Bien-être:

Présenté par un comité consultatif d'éthique en 1979. Traite des aspects sociaux, moraux et légaux de la FIV.

SUÈDE

Rapport de la Suède:

Présenté en 1983 par la Commission sur l'insémination artificielle mise en place par le gouvernement en 1981. Fait état de propositions relatives à l'insémination artificielle.

MANDAT DES DIFFERENTS COMITES DONT SONT ISSUS LES PRINCIPAUX RAPPORTS

ANGLETERRE

Rapport du Collège des obstétriciens et gynécologues britannique:

(Mars 1983) Ce rapport traite des problèmes sociaux et moraux engendrés par la FIV et fait état de diverses recommandations (Annexe 2).

Rapport de l'Association médicale britannique:

Rapport d'un groupe de travail présidé par le professeur Peter Quilliam . Présenté à l'Assemblée générale en mai 1983. Fait état de recommandations relatives à la FIV (Rapport annuel 1983). Supplément, annexe VI. (Annexe 3)

Rapport de la Société Royale au Comité d'enquête sur la FIV et l'embryologie du Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale:

Présenté en mars 1983. Fait état de recommandations relatives à la FIV. (Annexe 4)

Rapport Warnock:

Présenté par le Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale. Londres, juillet 1984. Le comité regroupant des membres de diverses tendances et professions était chargé d'étudier les implications sociales, éthiques et légales des NTR en 1982 (sous la présidence de Mme Mary Warnock) (Annexe 5).

AUSTRALIE

Rapport de l'Etat du Queensland:

Rapport d'un comité multidisciplinaire désigné par le gouvernement du Queensland présenté en mars 1984. Etude des problèmes légaux, sociaux et moraux soulevés par les NTR. (Annexe 6)

Rapport de l'Etat de Victoria:

Présenté en août 1984 par un comité multidisciplinaire, mandaté par le Procureur général de l'Etat pour étudier les aspects sociaux, moraux et légaux de la FIV. (Annexe 7)

CANADA

Rapport de la Colombie-Britannique:

Présenté au ministre de la Santé et du Bien-être social en 1981. Traite de la FIV et de l'insémination artificielle.

Rapport de la Commission de réforme du droit de l'Ontario:

Présenté en 1985. C'est en 1982 que la Commission avait reçu mandat du Procureur général de l'Ontario d'étudier les problèmes légaux engendrés par les NTR.

ETATS-UNIS

Rapport du Comité consultatif d'éthique du Ministère de la Santé, de l'Education et du Bien-Etre:

Juin 1979 — Traite des aspects moraux, légaux et sociaux de la FIV et du transfert d'embryon. (Annexe 8)

SUÈDE

Rapport de la Suède:

Présenté en 1983 par la Commission sur l'insémination artificielle mise en place par le gouvernement en 1981. Fait état de propositions relatives à l'insémination artificielle.

ANNEXE 2

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS

REPORT OF THE RCOG ETHICS COMMITTEE ON IN VITRO FERTILISATION AND EMBRYO REPLACEMENT OR TRANSFER

MARCH 1983

RICIANS

REPORT OF THE RCOG ETHICS COMMITTEE ON
IN VITRO FERTILISATION AND
EMBRYO REPLACEMENT OR TRANSFER

Members of the Committee

Dr J D O Loudon FRCOG (Chairman)
Mr C H H Butcher
Professor G R Dunstan
Mr J R Friend MRCOG
Mrs Helene Hayman
Mr S C Simmons FRCOG
Mr D Tacchi FRCOG
Miss Valerie Mason (Secretary)

Copies of this report can be obtained from:

The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
27 Sussex Place,
Regent's Park,
London NW1 4RG

ISBN 0 902331 27 2

Printed by The Chameleon Press Limited, London, SW18

Contents

Introduction 1
1 Definitions 1
2 Should IVF and ER be Employed Under Any Circumstances? 2
3 In Vitro Fertilisation and Embryo Replacement Within "Marriage" 3
4 Ova For Donor Purposes 4
5 In Vitro Fertilisation and Embryo Transfer With Donor Sperm or Donor Ova 5
6 In Vitro Fertilisation and Embryo Replacement Outwith "Marriage" 6
7 Surrogate Mothers 7
8 Record Keeping 8
9 High Technical Standards 9
10 Follow Up of Resultant Children 9
11 Freezing of Embryos (Cryostorage) 10
12 Embryo Division 12
13 Use and Disposal of Embryos Not Directly Required in the Management of Infertility 12
14 Legal Aspects of Artificial Insemination, IVF and ET 14
Summary 18
Acknowledgements 19
References 19

Interim report on human in vitro fertilisation approved

Amended advice on treatment of malformed infants

Mr A H Grabham was in the chair for the last meeting of the council in the 1982-3 session on 4 May. The BMA had received confirmation, he said, that the 1983 review body report was with the Prime Minister. If there was any delay in implementation or indication of government interference the executive committee would meet. It was possible, he said, that a special meeting of the council would have to be called.

Mr Grabham said that he foresaw a large number of motions on the representative body agenda on the report of the board of science and education, *Medical Effects of Nuclear War*. If the representative body was to be asked to take a stance on political issues then he needed some indication of the council's views that he could present. After a long debate he summed up the majority view as being that the council should not take a stance on purely political matters, but in so far as the BMA was regarded as one of the medical advisers to the government it had a part to play in any discussion of the medical aspects of the subject.

Mr Grabham reported on the meeting on 30 March that he; the president of the General Medical Council, Sir John Walton; the chairmen of the General Medical Services Committee and of the Central Committee for Hospital Medical Services, Dr John Ball and Mr David Bolt; and the BMA secretary, Dr John Havard, had had with the Home Secretary, Mr William Whitelaw. The deputation had expressed its concern about the effects of clause 10 of the Police and Criminal Evidence Bill on the relationship between doctors and patients. The Home Secretary had promised to look again at the provisions of the clause and in a letter to Sir John Walton had said: "I ha therefore concluded that it would be right, on balance, to mai it clear that all personal records relating to the physical mental health of their subjects are outside the scope of t compulsory provisions of the Bill. This exemption will cov medical records and also disease indexes." [After the counc met the general election was announced and the Bill wa withdrawn.]

The success of the campaign, Mr Grabham said, had be due to the support from members of council, members standing committees, and ordinary members. He also pa tribute to the BMA's staff and press and information depar ment for the work that they had done for the campaign.

On 21 April there had been a successful reception at whic the 1982 BMA film awards had been presented, the chairma reported. This had been organised by the British Life Assuranc Trust and its director Dr Don Clarke, to whom the chairma paid tribute, and he thanked Dame Josephine Barnes f presenting the prizes.

The c uncil approved an interim report on in vitro fertilisatio and embryo replacement and transfer. The report had bee prepared by a working group chaired by Professor Pete Quilliam. The council also approved amendments to the advic in the *Handbook of Medical Ethics* on severely malformed infan and the doctor's duty to society. The interim report and th amendments to the handbook appear in the supplementar annual report of council (p 1593).

In vitro fertilisation

The council considered the report of the working group on in vitro fertilisation. The chairman, Professor Peter Quilliam, explained that the guidelines had been produced so as to be of current use to practising doctors faced with decisions on in vitro fertilisation and embryo replacement. They offered advice on the direction in which experiments could take place to ensure the maximum medical supervision and to minimise the risks. The working party would see whether the guidelines needed any modification in the light of new developments. The recommendations were broadly in line with those of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (7 May, p 1519) and of the Medical Research Council.

There was a long debate on the report and the chairman agreed to refer the comments to the next meeting of the working group. The report is published in the supplementary annual report of council (p 1593).

The working party had proposed that approval of proposed programmes of observation should be sought from a university teaching hospital ethical committee. Several speakers thought that the programmes should be referred to the appropriately constituted local ethical committee.

The council was particularly concerned with paragraphs (10), (12), and (14).

"(10) It is proper and important that appropriate steps should be taken to ensure that effectiveness of in vitro fertilisation and embryo replacement and transfer treatments are maximised and risks minimised. To this end the observation of fertilised ova in excess of those needed for embryo replacement or transfer will add to medical knowledge a may yield important information not otherwis obtainable, for instance, optimising of the vitro nutrient media for in vitro fertilisatio for the developing embryo or establishing t genetic make up of such embryos sibling that which was used for embryo replac ment. Such observations should normal be completed within five to 10 days and alwa within a maximum of 14 days of fertilisatio of the ovum by in vitro fertilisation. Th donors' wishes in relation to the ultimate di posal should, as far as possible, be respecte

The chairman of the In vitro fertilisation working party, Professor Peter Quilliam.

"(12) It is envisaged that centres are like to be within a university teaching hospit complex and that proposed programmes observations on fertilised ova in excess of tho needed for embryo replacement should approved by the local ethical committee. Whe a centre is not within a university teachi hospital complex, the medical director of t centre should request approval of his propos programmes of observations from a universi teaching hospital ethical committee.

"(14) It is not ethically acceptable for me cal practitioners to be involved in in vi fertilisation and embryo replacement pr cedures in which the gametes (sperm or ov

continued on page 15

Appendix VI: Interim report on human in vitro fertilisation and embryo replacement and transfer

(1) The working group on in-vitro fertilisation* was set up by the council of the BMA in March 1982 and council approved the following terms of reference in May 1982:

"To consider ethical guidance to the medical profession on the current programme of in vitro fertilisation in the United Kingdom, and the social and ethical implications of the future application of this work and other related techniques that may be derived from it in relation to medical practice."

(2) Certain forms of human infertility arise from defects, anatomical or otherwise, which impede or obstruct the normal processes by which an ovum shed at ovulation is fertilised by sperm and the resultant fertilised ovum (embryo) passes to the uterus and implants permitting development of the embryo in the majority of instances. Other forms of human infertility include oligospermia and unexplained infertility. The use of donor sperm or donor ova may be desirable when one or other member of the couple have a transmittable genetic defect. In vitro fertilisation embodies medical techniques designed to overcome such problems.

(3) These in vitro fertilisation techniques involve the removal from the woman by a surgical operation, usually a laparoscopy, of one or more ova at the phase of impending bursting of the Graafian follicle. The Graafian follicle may have reached this stage naturally, but sometimes procedures inducing ovulation or superovulation are instituted and the latter may lead to more than one "ripe" ovum being available for harvesting. Each ovum is then maintained in an artificial environment and is shortly bathed in vitro in the sperm of the male partner of the couple. If fertilisation occurs and early cell divisions of the embryo are initiated, the embryo is replaced in the woman's uterus via the cervix after which implantation may take place and development of the embryo may proceed to full term and to a live birth.

(4) The techniques of in vitro fertilisation and embryo replacement are new and are still developing. In the most successful centres at the present time, only about one in five in vitro fertilisations and embryo replacements leads to an established pregnancy, and the miscarriage rate is about 25%, somewhat higher than normal. Therefore, these procedures should be carried out only in a few special centres in the United Kingdom, each providing the necessary special medical and back up scientific expertise supported by appropriate facilities, clinical and otherwise.

(5) It is important that each centre should have a system for recording all attempts to secure pregnancy and the outcomes thereof. As with medical records, such in vitro fertilisation registers at centres would be confidential but numerical summaries for statistical purposes, together with details of any congenital abnormalities among the offspring, should be available for collation by a central body to which all viable births following in vitro fertilisation and embryo replacement should be notified. The central body should be the Health Departments, which, under the direct control of the chief medical officers, would hold the confidential central registers. The chief medical officers would be notified of all viable births, and details such as congenital abnormalities. (Among the known 128 live births following in vitro fertilisation and embryo replacement one case of a cardiac abnormality in a twin in Australia has been reported.)

(6) The treatment of infertility by in vitro fertilisation and embryo replacement should be preceded by assessment of the stability of the family relationship of the couple concerned and of the sincerity of their intention to accept the duties and obligations of parenthood.

(7) As laparoscopy and the other procedures of in vitro fertilisation and embryo replacement, which are not without risks, may have to be repeated on a number of occasions in the attempts to establish a pregnancy leading to a live birth, it is important that the couple should fully understand, and be robust enough to meet, these demands which may fall particularly heavily on the woman of the couple and which may come to a disappointing end without the achievement of a live birth.

(8) It is ethically acceptable to undertake in vitro fertilisation using the sperm and ova of the couple concerned with subsequent replacement in the uterus of the woman of the couple.

(9) Given informed consent by all parties concerned, the use of donated sperm for in vitro fertilisation of the ovum of the female partner with embryo replacement in her uterus or the use of a donated ovum for in vitro fertilisation by the male partner's sperm with embryo transfer to the female partner is not unethical. In the rare cases in which neither party can produce viable gametes (sperm or ova), the use of donated sperm and donated ova for in vitro fertilisation and transfer to the female member of the couple may be ethically acceptable.

(10) It is proper and important th appropriate steps should be taken to ensu that effectiveness of in vitro fertilisation a embryo replacement and transfer treatme are maximised and risks minimised. To th end the observation of fertilised ova in exce of those needed for embryo replacement transfer will add to medical knowledge a may yield important information not otherwi obtainable, for instance, optimising of th in vitro nutrient media for in vitro fertilisatio for the developing embryo or establishing th genetic make up of such embryos sibling t that which was used for embryo replacemen Such observations should normally be com pleted within five to 10 days and always with a maximum of 14 days of fertilisation of th ovum by in vitro fertilisation. The donor wishes in relation to the ultimate disposa should, as far as possible, be respected.

(11) The endometrium of a woman in whos superovulation has been induced for harvestin of multiple ova may not be in the ideal stat for implantation of an in vitro fertilisation embryo. If observations showed that embryo within a few days of in vitro fertilisation cou be stored without damage—for example, by freezing—and then unfrozen later for successiv embryo replacements in the months followin superovulation so that the embryo replacemen could be synchronised to the optimal endo metrial conditions for implantation, then th woman of the couple might be spared the multiple procedures and laparoscopies whic may be required at the present time in thei repeated attempts to achieve a live birth (Storage should not exceed 12 months, and the couple's wishes in relation to ultimate disposal should, as far as possible, be respected

(12) It is envisaged that centres are likely to be within a university teaching hospital complex and that proposed programmes of observations on fertilised ova in excess of those needed for embryo replacement should be approved by the local ethical committee

(13) The working group has yet to be satisfied that to undertake in vitro fertilisation with the sperm and the ova of a couple and transfer the embryo to the uterus of another woman who might carry the embryo to term on behalf of the couple will ever be acceptable. (The term "surrogate motherhood" has been applied to this situation and is distinct from the situation described in paragraph 9 above.)

(14) It is not ethically acceptable for medical practitioners to be involved in in vitro fertilisation and embryo replacement pro cedures in which the gametes (sperm or ova) embryos, or parts thereof are subjected to manipulations, including procedures designed to change their genetic make up or to induce the formation of multiple progeny ("cloning") if there is any intent to transfer the resultant embryos to a uterus.

(15) The Medical Research Council made a statement on "Research relating

continued on page

*Members of the BMA working group on in vitro fertilisation: Professor J P Quilliam (chairman) (chairman, BMA board of science and education; head of department of pharmacology, St Bartholomew's Hospital Medical College, London); Dame Josephine Barnes (past president, BMA); Mr M J Gilkes (member, BMA central ethical committee; consultant ophthalmologist, Sussex Eye Hospital, Brighton); Dr J D O Loudon (vice president, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; senior lecturer in obstetrics and gynaecology, Edinburgh University); Dr A W Macara (chairman, BMA central ethical committee; member of the General Medical Council; consultant senior lecturer, department of community health, University of Bristol); Dr Anne McLaren (director, Medical Research Council Mammalian Development Unit, University College, London); Dr A J Rowe (deputy chairman, BMA central ethical committee; general practitioner, Bury St Edmunds).

Progress towards shorter working hours for juniors

The British Medical Association has announced that representatives of its Hospital Junior Staff Committee met the Minister for Health on 5 May to discuss salary protection in connection with the reduction of hours of work of junior hospital doctors.

In a subsequent statement the BMA commented: "Where rotas have been reduced in accordance with the recently published circular, junior doctors have been concerned that they might suffer a reduction in salary. Agreement has now been reached between the profession and the Department of Health. Not only will the current salary of junior doctors be maintained in accordance with their existing contracts; incremental increases will also be honoured. When doctors change their jobs completely their contracts will not be covered by these agreements."

The statement continued: "At a meeting with the minister it was also agreed that the attention of employing authorities must be drawn to the need for them not to alter rota arrangements between the date of interview of a junior doctor for an appointment and the date of commencement of the post. . . . a circular will be released shortly which will implement this agreement as well as announcing alterations to the terms and conditions of service abolishing one in one rotas."

The circular will also include new, tougher guidelines to reduce prospective cover—the contractual arrangements whereby junior doctors agree in advance to cover absent colleagues, and are paid in addition one third of their normal pay— and to increase the employment of locums to cover absent doctors. These will extend the scope of existing agreements to reduce excessive working hours for junior doctors.

After the meeting Dr Michael Rees, chairman of the Hospital Junior Staff Committee, described the changes as "a further advance in the long struggle to reduce excessive and unsafe working hours of junior doctors," but that there was still a long way to go to the aim of a maximum 80 hour week.

The BMA will be producing guidance on the new arrangements for members.

Central Council for Education and Training in Social Work

After two cuts of 10% in its budget in the last three years the Central Council for Education and Training in Social Work has been spared a further cut in 1983–4, though basic operating expenditure will be restricted by a 3·86% cash limit addition, below the current level of inflation and considerably less than the additions allowed to other bodies supported by central government funds. The chairman, Dr Harry Kay, told the council's April meeting, "Discussions continue on details, but I am pleased to report that there has been some recognition by government of the difficulties which [the council] faces and its need for additional resources. In particular, they will be providing extra money towards our costs in discharging the responsibilities which arise from the Mental Health (Amendment) Act 1982. They have also indicated a willingness to be flexible in reviewing our allocation for 1984-5. However, the combined effects of cuts and inadequate allowances for inflation mean that it will be necessary to keep our priorities under constant review," continued Dr Kay, "because in no way can [the council] sustain the levels of activity currently expected in all areas while at the same time responding to the considerable demands of the mental health legislation, developments in training for work with mentally handicapped people, and the urgent training needs in residential services."

Appendix VI: *continued from page 1594*

human fertilisation and embryology" (20 November 1982, p 1480). The BMA working group concurs with the guidance given in that statement by the Medical Research Council and draws the attention of the medical profession to the statement.

(10) The BMA working group intends to review the ethical guidance offered above (including that on the duration of storage given in paragraph 11) in the light of the observations made, as in vitro fertilisation, embryo transfer, and other related techniques develop.

Addendum

Artificial insemination from a donor

(1) Although artificial insemination from a donor is not within the formal remit of the working group on in vitro fertilisation, the group makes the comments below as relevant to its deliberations.

(2) Artificial insemination from a donor has been used for many years in some cases of infertility as an accepted medical practice. The working group is informed that the birth of a child as a result of artificial insemination from a donor is usually registered by a parent with the registrar for births and deaths as if that child were the natural child of the couple. Although such an act of registration appears contrary to English law, such registrations appear to be condoned as part of the present social scene.

(3) It is the view of the working group that the law should be changed so as to dispel any ambiguity of the legal status of a child born as a result of artificial insemination from a donor. Some states—for example, in North America—are reported to have made such provision.

(4) In 1973 following the deliberations of a panel set up by the BMA under the chairmanship of Sir John Peel, the BMA recommended legitimation for the artificial insemination from a donor child and stressed the need for procedural and personal safeguards at law for the parties concerned. The BMA's central ethical committee in 1979 reaffirmed this view and as a result the annual representative meeting passed the following resolution:

"That this meeting supports council's efforts to secure a change in the law, so that a child born as a result of artificial insemination from a donor to which the husband of the mother has consented in writing is recognised as legitimate from the time of confirmation of conception."

(5) The BMA working party on in vitro fertilisation commends this view and hopes eventually that the Law Commission (subsequent to the tentative proposals made in its working paper No 74) will make appropriate recommendations. It also hopes that such recommendations will lead to a reform of the law by a draft Bill to be placed before parliament.

(6) The working group noted that changes in the law in connection with artificial insemination from a donor might also provide protection in the analogous field of ovum donation.

Edinburgh graduates' dinner

A dinner for Edinburgh University graduates will be held during the annual representative meeting in Dundee. It will take place at the Queen's Hotel, Dundee, on Monday, 27 June at 8 00 pm for 8 30 pm. Tickets will cost £9, exclusive of wine, and applications should be made to the honorary secretary, Lothian Division, BMA Scottish Office, 7 Drumsheugh Gardens, Edinburgh EH3 7QP. Cheques should be made payable to the Lothian Division of the BMA. Dress will be informal.

Primary health care—a team approach

The Royal College of Nursing has launched a new film showing how a team, comprising doctors, nurses, a community midwife, and health visitors, deliver an effective primary health care service to the community. The setting for the film was the Lisson Grove Health Centre—an inner London area that draws its patients from all walks of life. The college believes that the film will be useful to those concerned with teaching on the role of the primary health care team and with general practitioner training.

The film, which has been made by the National Coal Board Film Unit, may be hired from Concorde Films Council Ltd, 201 Felixstowe Road, Ipswich, Suffolk IP3 9BT at a cost of £5 after 1 June 1983.

ANNEXE 4

HUMAN FERTILIZATION AND EMBRYOLOGY

Submission by The Royal Society to the
Department of Health and Social Security Committee of Inquiry
into human fertilization and embryology

The Royal Society,
6 Carlton House Terrace,
London, SW1Y 5AG.

March 1983

CONTENTS

		Page
I.	Introduction	3
II.	General case for research on human germ cells and embryos	4
III.	Availability of human embryonic material	5
IV.	Major areas for research	5
	(a) Research relating to improvements in therapy of infertility	6
	(b) Extension of *in vitro* fertilization procedures	6
	(c) Basic research	7
V.	Constraints and guidelines	10
VI.	Summary	11

I. INTRODUCTION

1. This submission, which has been endorsed by the Council of the Royal Society, was prepared by an *ad hoc* Group under the chairmanship of Professor R.L. Gardner, F.R.S. The members of the Group were Dr W.F. Bodmer, F.R.S., Sir Arnold Burgen, For.Sec.R.S., Dr Mary F. Lyon, F.R.S., Professor P.E. Polani, F.R.S. and Professor L. Wolpert, F.R.S. The Group held five meetings and received written or oral evidence from Dr R.G. Edwards, Professor M.A. Epstein, F.R.S., Dr J.B. Gurdon, F.R.S., Professor J.C. Hearn and Dr D.G. Whittingham.

2. In considering the Group's terms of reference, the Council of the Royal Society resolved that the Group should concentrate primarily on the scientific aspects of the DHSS Committee of Inquiry into human fertilization and embryology. The Group's terms of reference were therefore:

> To consider recent and potential developments in medicine and science related to human fertilization and embryology, with special reference to the additional important information that may be obtained by experiments on human as opposed to non-human material.

3. Before these issues are discussed, two considerations guiding the Group's deliberations should be made clear. The first stage in the development of a human fertilized egg is concerned almost entirely with the formation of extra-embryonic tissues that initiate and maintain interactions with the mother. These tissues are essential for sustaining later development and are eventually discarded at birth. During this stage of production of the extra-embryonic tissues, which lasts for approximately the first three weeks after fertilization, the whole growing entity is termed an 'early embryo'. It is not until the fourth week that, within the tissues constituting the 'early embryo', the cells making up the 'definitive embryo' (which will eventually become the fetus) begin to be organized and to grow. However, it must be emphasized that the changes from early embryo through definitive embryo to fetus are gradual and continuous, and no events are known that provide sharp transition points between these states.

4. The second consideration guiding the preparation of this submission is the need to make as clear a distinction as possible between material for research and material for therapeutic use.

ANNEXE 5

Department of Health & Social Security

REPORT OF THE COMMITTEE OF INQUIRY INTO HUMAN FERTILISATION AND EMBRYOLOGY

Chairman:- Dame Mary Warnock DBE

Presented to Parliament by the Secretary of State for Social Services
the Lord Chancellor
the Secretary of State for Education and Science
the Secretary of State for Scotland
the Secretary of State for Wales
the Secretary of State for Northern Ireland

by Command of Her Majesty
July 1984

LONDON
HER MAJESTY'S STATIONERY OFFICE
£6·40 net

Cmnd. 9314

MEMBERS OF THE COMMITTEE

Dame Mary Warnock DBE MA B Phil (Chairman)	Mistress of Girton College, Cambridge; Senior Research Fellow, St Hugh's College, Oxford.
Mr Q S Anisuddin MA	Legal Executive; Vice-President, UK Immigrants Advisory Service.
Mr T S G Baker QC	Recorder of the Crown Court.
Dame Josephine Barnes DBE FRCP FRCS FRCOG	Consulting Obstetrician and Gynaecologist, Charing Cross Hospital.
Mrs M M Carriline MA	Social Worker; Former Vice-Chairman of British Agencies for Adoption and Fostering.
Dr D Davies MA PhD	Director of the Dartington North Devon Trust.
Professor A O Dyson MA BD MATheol DPhil	Samuel Ferguson Professor of Social and Pastoral Theology, University of Manchester.
Mrs N L Edwards OBE JP DL SRN SCM	Chairman of Gwynedd Health Authority.
Dr W Greengross MB BS D Obst RCOG	General Practitioner; Chairman of Sexual and Personal Relations of the Disabled.
Professor W G Irwin MB BChir BAO MD FRCGP D Obst RCOG	Head of Department of General Practice, Queens University Belfast.
Professor J Marshall DSc MD FRCP (London) FRCP (Edin) DPM	Professor of Clinical Neurology, Institute of Neurology Queen Square, London.
Professor M C Macnaughton MD FRCP (Glas) FRCOG FRSE	Professor of Obstetrics and Gynaecology, University of Glasgow.
Dr A McLaren MA DPhil FRS	Director, Medical Research Council Mammalian Development Unit.
Mr D J McNeil WS	Solicitor, Edinburgh.
Professor K Rawnsley CBE MB ChB FRCPsych FRCP DPM	Professor of Psychological Medicine, Welsh National School of Medicine.
Mrs M J Walker JP MA APSW	Psychiatric social worker, former student counsellor at Cambridge University.

Joint Secretaries

Mrs J C Croft
Dr J S Metters

Legal Adviser

Mr R A Sanders

Observers

Dr M Hennigan, Scottish Home and Health Department
Mr L Webb, Department of Education and Science

ACKNOWLEDGEMENTS

The Chairman and members of the Committee of Inquiry would like to acknowledge their gratitude to the many individuals and organisations in this country and abroad who gave so much of their time and effort to prepare evidence or to provide detailed information on specific topics, in particular the many interesting people we met during our visit to Northern Ireland. We found these contributions immensely helpful in broadening and deepening our understanding of the subjects under consideration.

TABLE OF CONTENTS

		Page
Foreword		
Chapter One	The General Approach	4
Chapter Two	Infertility: The Scope and Organisation of Services	8
Chapter Three	Techniques for the Alleviation of Infertility: Common Threads ..	15
Chapter Four	Techniques for the Alleviation of Infertility *cont'd:* I Artificial Insemination	17
Chapter Five	Techniques for the Alleviation of Infertility *cont'd:* II *In Vitro* Fertilisation	29
Chapter Six	Techniques for the Alleviation of Infertility *cont'd:* III Egg Donation..	35
Chapter Seven	Techniques for the Alleviation of Infertility *cont'd:* IV Embryo Donation	39
Chapter Eight	Techniques for the Alleviation of Infertility *cont'd:* V Surrogacy	42
Chapter Nine	The Wider Use of these Techniques	48
Chapter Ten	The Freezing and Storage of Human Semen, Eggs and Embryos	53
Chapter Eleven	Human Embryos and Research ..	58
Chapter Twelve	Possible Future Developments in Research	70
Chapter Thirteen	Regulating Infertility Services and Research	75
List of Recommendations	.. ..	80
Expressions of Dissent:	A Surrogacy	87
	B Use of Human Embryos in Research	90
	C Use of Human Embryos in Research	94
Appendix: List of those Submitting Evidence		95
Index		99

The Rt Hon Norman Fowler	Secretary of State for Social Services.
The Lord Hailsham PC	Lord Chancellor.
The Rt Hon Sir Keith Joseph	Secretary of State for Education and Science.
The Rt Hon George Younger	Secretary of State for Scotland.
The Rt Hon Nicholas Edwards	Secretary of State for Wales.
The Rt Hon James Prior	Secretary of State for Northern Ireland.

Sirs

I have the honour to present the report of the Committee of Inquiry into Human Fertilisation and Embryology established in July 1982 to examine the social, ethical and legal implications of recent, and potential developments in the field of human assisted reproduction.

The task you set the Inquiry was not an easy one. The issues raised reflect fundamental moral, and often religious, questions which have taxed philosophers and others down the ages. Rightly you chose a membership which encompassed not only the many professions with a concern in these matters but the many religious traditions within society, so that as many viewpoints as possible could be brought to bear on the morally sensitive issues before us. I would like to take this opportunity to place on record my gratitude to all the members of the Inquiry for their hard work, their enthusiasm and commitment, and more especially for the way they have brought their own values to the consideration of the problems before us and yet at the same time have been open and responsive to the attitudes and beliefs of others. I am also grateful for the way in which we have been able to share our professional expertise, a process which I am sure has enhanced the report, by helping us to see the problems in a broader perspective.

Despite the way in which members have worked together, there remain nonetheless certain differences between us; indeed it would have been surprising if, on such sensitive issues, we had been united. These differences, presented in three formal expressions of dissent have, significantly, focussed on the very subjects, surrogacy and research on human embryos, which,

to judge from the evidence, arouse the greatest public anxiety. Thus even in our disagreement we have reflected the range of views within society.

It is not possible that a report like this should be equally well received in all quarters, given some of the controversial issues we have had to consider. There is bound to be criticism that we have gone too far, or not far enough. However, we have sought to provide on the one hand a reasoned discussion of the issues which we hope will contribute to a high standard of public debate on matters which are of deep concern to the public, and on the other a coherent set of proposals for how public policy, rather than the individual conscience, should respond to a range of developments which many people will not wish to participate in, but which others find entirely acceptable. We have tried in short, to give due consideration both to public and to private morality.

Finally, I would like to add my thanks to those members of the Department who have helped us to produce our report. We have benefitted greatly from the advice of Mr R A Sanders on the legal aspects of our work, and his help has been indispensable. But our most grateful thanks must go to our joint secretaries, Mrs J C Croft and Dr J S Metters whose patience, humour and unflagging energy have been beyond praise. We could not have been better served.

Mary Warnock
26 June 1984

FOREWORD

1. Our Inquiry was set up to examine, among other things, the ethical implications of new developments in the field. In common usage, the word "ethical" is not absolutely unambiguous. It is often used in the context, for example, of medical or legal ethics, to refer to professionally acceptable practice. We were obliged to interpret the concept of ethics in a less restricted way. We had to direct our attention not only to future practice and possible legislation, but to the principles on which such practices and such legislation would rest.

2. Members of the Inquiry were reluctant to appear to dictate on matters of morals to the public at large. They were also keenly aware that no expression of their own feelings would be a credible basis for recommendations, even if they all felt exactly alike. As our reading of the evidence showed us, feelings among the public at large run very high in these matters; feelings are also very diverse; and moral indignation, or acute uneasiness, may often take the place of argument. But that moral conclusions cannot be separated from moral feelings does not entail that there is no such thing as moral reasoning. Reason and sentiment are not opposed to each other in this field. If, as we believe, it was our task to attempt to discover the public good, in the widest sense, and to make recommendations in the light of that, then we had, in the words of one philosopher, to adopt "a steady and general point of view". So, to this end, we have attempted in what follows to *argue* in favour of those positions which we have adopted, and to give due weight to the counter-arguments, where they exist.

3. Our emphasis on the arguments may make it appear that there was a uniformity of approach and moral feeling in the Inquiry. The reality however has been that our personal feelings and reactions have been as diverse as those presented in the evidence. Some members have a clear perception of the family and its role within society; in considering the various techniques before us their focus has been on the primacy of the interests of the child, and on upholding family values. Other members have felt equally strongly about the rights of the individual within society. Whatever our original feelings and reactions, we have all found that our feelings changed and were modified as work progressed and as we examined the evidence in more

ANNEXE 6

QUEENSLAND

REPORT

OF THE SPECIAL COMMITTEE APPOINTED BY THE QUEENSLAND GOVERNMENT TO ENQUIRE INTO THE LAWS RELATING TO ARTIFICIAL INSEMINATION, IN VITRO FERTILIZATION AND OTHER RELATED MATTERS

VOLUME 1

1ST MARCH, 1984.

CHAPTER 1

INTRODUCTION

A. APPOINTMENT OF SPECIAL COMMITTEE

On the 8th February, 1983 the Queensland Cabinet approved the appointment of six people to comprise the Special Committee under the chairmanship of The Honourable Mr. Justice Demack, a Judge of the Supreme Court of Queensland.

The members of the Special Committee are as hereunder:-

Professor K. Ryan, Q.C. - Part-time Member
Law Reform Commission of Queensland

Sister Regis Mary Dunne R.S.M. - Director
Provincial Bio Ethics Centre for the
Queensland Catholic Dioceses

Rev. Dr. John Morgan,
Warden,
St. John's College,
University of Queensland

Dr. Jean Collie,
Director,
Division of Research and Planning
Department of Health

Professor Eric Mackay,
Professor of Obstetrics & Gynaecology,
University of Queensland

Dr. Allan Halladay,
Senior Lecturer in Social Work
University of Queensland

Mr. B. Yorke, Senior Legal Officer, Constitution and Legislation Branch, Solicitor General's Office has acted as Secretary to the Special Committee.

The Terms of Reference of the Special Committee are as follows:-

"TERMS OF REFERENCE

The Special Committee shall be authorised to examine, report and recommend:

(a) On relevant existing Australian legislation, at both Commonwealth and State level, and to any relevant legislation of overseas countries.

(b) On Australian and overseas reports, recommendations and guide-lines in relation to sterility and medical research in connection therewith. In relation to this issue, the Committee shall consider techniques available in Australia and overseas in the treatment of, and research into, infertility.

(c) Upon the procedures and guide-lines for artificial insemination and in vitro fertilization in Queensland, and whether procedures and guide-lines should be provided for in legislative form or otherwise, or in any way altered or amended.

(d) Upon whether the community and the parties (that is, the donors, recipients, the embryo and medical, nursing and scientific personnel) involved in the process of artificial insemination and in vitro fertilization have any protections, rights, needs and/or obligations and, if so, whether such rights and/or obligations should be enforced, in legislative form or otherwise

In relation to this issue, consideration should include the following matters:-

(i) the criteria and selection procedures to be applied in determining persons who are to participate in these processes, the conditions to which such selection will be subject, and the manner of determining who should make the selection;

(ii) the methods of selection, treatment and protection of all parties directly associated therewith, e.g. donors and parents;

(iii) the methods of selection and protection of all other parties associated therewith, e.g. medical practitioners, nursing and other personnel and their rights, needs, obligations and protection;

(iv) the method of selection, treatment and protection of embryos prior to and after implantation and, if implantation does not proceed, the destruction or use of embryos for other purposes.

(e) Whether the practice of surrogate motherhood should be permitted in Queensland, and if so on what terms and conditions.

(f) What special services should be available to infertile couples in Queensland.

The Special Committee shall further be empowered -

I To co-opt such other persons to assist and advise as the Committee deems appropriate in order to obtain specialist advice, information and material.

II To make recommendations to the Government upon such related matters as the Committee considers appropriate.

III To examine, report and recommend on any one particular issue when called upon by the Government.

IV To make an interim report to the Minister for Justice and Attorney-General within three months from the first meeting of the Committee.

V To submit a final report to the Minister for Justice and Attorney-General within twelve months from the first meeting of the Committee.

VI To advertise and call for submissions, either written or oral.

B. BACKGROUND TO THE ESTABLISHMENT OF SPECIAL COMMITTEE

The practice of artifical human conception has been used for many years. It has been the subject of two well published reports in Great Britain - The Archbishop of Canterbury's Commission, appointed in 1945 and the Feversham Report presented to the British Parliament in 1960. It has been known for many years that the practice creates legal difficulties in respect of the status of the child born following the use of the procedure.

The practice of in vitro fertilization has also been the subject of considerable debate since 1944. There is a wealth of published material that discusses not only the technology involved but the moral and legal implications. The issue became one which aroused much public interest and discussion following the birth of a child by the procedure of in vitro fertilization in England in 1978. Perhaps the most comprehensive report on the practice was prepared for the Office of the Secretary, Department of Health, Education and Welfare Washington, in 1979. This is annexed to this report.

The concept of surrogate motherhood has not received the same amount of attention, but nonetheless it is an established though controversial practice in parts of the United

ANNEXE 7

VICTORIA

THE COMMITTEE TO CONSIDER THE SOCIAL, ETHICAL AND LEGAL ISSUES ARISING FROM IN VITRO FERTILIZATION

REPORT ON THE DISPOSITION OF EMBRYOS PRODUCED BY IN VITRO FERTILIZATION

AUGUST 1984

TABLE OF CONTENTS

PREFACE		1
PART 1	UNTRANSFERRED EMBRYOS: FREEZING AND STORAGE	7
PART 2	THE REGULATION OF EMBRYO FREEZING AND STORAGE IN IVF PROGRAMMES	24
3	EMBRYO RESEARCH IN AN IVF PROGRAMME	34
4	SURROGATE MOTHER ARRANGEMENTS IN IVF	49
5	THE FUTURE	55
6	SUMMARY OF RECOMMENDATIONS	58
APPENDIX A	STATEMENT OF DISSENT BY REVEREND DR. FRANCIS HARMAN	62
APPENDIX B	STATEMENT OF DISSENT ON FREEZING AND STORAGE OF EMBRYOS BY MRS. JASNA HAY	72
APPENDIX C	STATEMENT OF DISSENT ON EMBRYO RESEARCH BY PROFESSOR PRISCILLA KINCAID-SMITH AND PROFESSOR ROGER PEPPERELL	75
APPENDIX D	SUBMISSIONS RECEIVED	79
APPENDIX E	PRESENTATIONS MADE TO THE COMMITTEE	82
APPENDIX F	LETTERS RECEIVED BY THE COMMITTEE IN THE COURSE OF ITS WORK ON THE REPORT	84
APPENDIX G	PAPERS and ARTICLES TABLED and RECEIVED	87

THE COMMITTEE TO CONSIDER THE SOCIAL, ETHICAL AND LEGAL ISSUES ARISING FROM IN VITRO FERTILIZATION

REPORT ON THE DISPOSITION OF EMBRYOS PRODUCED BY IN VITRO FERTILIZATION

PREFACE

1. The Committee

The Committee to consider "the social, ethical and legal issues arising from in vitro fertilization" was established on 24 May 1982. Its members are:-

Professor Louis Waller, Sir Leo Cussen Professor of Law, Monash University, and presently Law Reform Commissioner, who is Chairman;

Reverend Dr. Francis Harman, Parish Priest of Clifton Hill and Presiding Judge of the National Tribunal of the Catholic Church;

Mrs. Jasna Hay, a former teacher with interests in migrant welfare and education;

Reverend Dr. John Henley, Lecturer in Christian Ethics and Dean of the Melbourne College of Divinity;

Professor Priscilla Kincaid-Smith, Professor of Medicine, University of Melbourne; Director, Department of Nephrology, Royal Melbourne Hospital;

Ms Eva Learner, social worker, formerly Director of the Human Resource Centre of LaTrobe University and the Lincoln Institute of Health Sciences, and presently Principal Staff Development Officer, Department of Youth and Community Services, New South Wales;

Dr. James McDonald, general practitioner, with a substantial practice in obstetrics and gynaecology, Area Co-ordinator for the Family Medicine Programme;

Miss Lynnette Opas, barrister-at-law of the Victorian Bar, practising in family law;

Professor Roger Pepperell, Professor of Obstetrics and Gynaecology, University of Melbourne.

2. Terms of Reference

The Committee's Terms of Reference are set out below:

To consider whether the process of in vitro fertilization (IVF) should be conducted in Victoria and, if so, the procedures and guidelines that should be implemented in respect of such processes in legislative form or otherwise.

In relation to this issue, particular consideration should be given to:

- whether the process and practice of IVF (whereby conception occurs outside normal physiological, emotional and social conditions and relationships) give rise to undesirable social and moral practices.

To consider whether the community and the parties (that is, the donors, the embryo and the medical and scientific personnel) involved in the process of IVF have any rights and/or obligations and, if so, whether such rights and/or obligations should be enforced, in legislative form or otherwise.

In relation to this issue, consideration should be included of the following aspects:

- the rights of infertile persons to take advantage of IVF processes.

- the criteria and selection procedures to be applied in determining persons who are to participate in these processes and the conditions to which such selection will be subject.

- the manner of determining who should make the decision of selection.

- the methods of selection, treatment and protection of embryos prior to and after implantation and, if implantation does not proceed, the destruction or use of embryos for other purposes.

To make recommendations upon such related matters as the Committee considers appropriate.

To make an interim report to the Attorney-General within three months of the Committee first convening.

3. Published Reports

In accordance with its Terms of Reference, the Committee submitted an Interim Report to the Attorney-General in September 1982. An Issues Paper on Donor Gametes in IVF was published on 25 April 1983. The Report on Donor Gametes in IVF was published on 26 August 1983. That Report was considered by the Victorian Government, which invited the community to respond to the recommendations contained in it. On 13 December 1983 the Attorney-General stated that the Government had decided to accept the Committee's recommendations, and that legislation to give effect to them would be introduced into the Parliament as soon as possible. The provisions of the proposed legislation were to apply to the case where a person is living with another person of the opposite sex as his or her spouse on a bona fide domestic basis although not married to the other person, as well as to married couples. On 20 March 1984, the Attorney-General

introduced the Status of Children (Amendment) Bill 1984 and the Infertility (Medical Procedures) Bill 1984 in the Legislative Council. In his Second Reading Speech, he said that the Government had accepted the Committee's recommendation that a programme of information about the causes and incidence of infertility be initiated, and that through the Health Commission it would develop community education programmes to that end. The first measure became law on 15 May 1984, and was proclaimed on 1 August 1984. Debate on the Infertility (Medical Procedures) Bill 1984 was adjourned until the 1984 Spring Session of the Parliament.

In the Interim Report, and in the Report on Donor Gametes in IVF, the Committee made recommendations on the formation of embryos from parental and donor gametes and their disposition by transfer to women who, with their spouses, were seeking to establish a family through participation in an IVF programme.

The Committee, in its Interim Report, had identified other matters relating to the disposition of embryos which needed to be considered within its Terms of Reference. It decided that after the completion of the Report on Donor Gametes it would examine these, namely, the cryopreservation of embryos, the conduct of research and scientific experiments upon embryos, and the separate matter of surrogate motherhood in IVF.

4. Disposition of Embryos - Final Report

Since the publication of its Report on Donor Gametes in IVF, the Committee has met on sixteen occasions. It decided to invite submissions from the Victorian community in relation to the disposition of embryos, and

advertisements inviting submissions were published in Victorian newspapers in December 1983. Thirty-three submissions were received by the Committee in response to the advertisement, and twenty-nine submissions, comments and letters in response to more recent news reports about the Committee's work on issues relating to the formation of embryos and the two frozen embryos stored in Melbourne for a couple killed in an air crash overseas. Lists of these submissions and letters are published as Appendixes D and F to this Report. As well as considering these, the Committee invited a number of persons with expertise or special interest in the scientific, medical, ethical, social and legal issues relating to the disposition of embryos each to attend one of its meetings to discuss these matters and to respond to its inquiries. A list of those persons, with the dates and the general ambit of their presentations to the Committee, is published as Appendix E to this Report.

The Committee has received and read many publications, ranging from articles and reports in Australian and overseas newspapers to contributions in learned journals. It wishes to acknowledge the value to it of many of these, including the comprehensive reports on aspects of human fertilization prepared in Queensland and South Australia.

5. Acknowledgments

Ms Frances Harrison has continued to be Secretary to the Committee, in addition to her full-time responsibilities as Administrative Officer in the Law Department. The Committee expresses its deep gratitude to her for many kinds of help. She has helped to make the work of the Committee proceed smoothly and effectively. From May 1984, Mr. Mark Campbell of the Law Department has helped Ms Harrison in the preparation of

ANNEXE 8

DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION, AND WELFARE

Office of the Secretary

Protection of Human Subjects
HEW Support of Human in Vitro
Fertilization and Embryo Transfer

Report of the Ethics Advisory Board

FEDERAL REGISTER Monday, June 18, 1979

Please arrange comments by conclusion number in order to facilitate analysis. Additional copies of this notice may be obtained by writing to the same address. All comments received will be available for inspection in Room 303, Westwood Building, 5333 Westbard Avenue, Bethesda, Maryland, weekdays (Federal holidays excepted) between the hours of 9 a.m. and 4:30 p.m.

DATES: To assure full consideration, all comments should be submitted on or before August 17, 1979. After receipt and review of such comments, the Department will take appropriate action based upon its consideration of this report and the relevant comments submitted.

Dated: June 8, 1979.

Joseph A. Califano, Jr.,

Secretary of Health, Education, and Welfare.

ETHICS ADVISORY BOARD

Department of Health, Education, and Welfare

Report and Conclusions: HEW Support of Research Involving Human in Vitro Fertilization and Embryo Transfer

May 4, 1979.

Ethics Advisory Board

Chairman: James C. Gaither, J.D.

Vice Chairman: David A. Hamburg, M.D.

Sissela Bok, Ph.D., Lecturer in Medical Ethics, Harvard University.

Jack T. Conway, Senior Vice President, United Way of America, Washington, D.C.

Henry W. Foster, M.D., Professor and Chairman, Department of Obstetrics and Gynecology, Meharry Medical College.

James C. Gaither, J.D., Cooley, Godward, Castro, Huddleson and Tatum, San Francisco, California.

David A. Hamburg, M.D., President, Institute of Medicine, National Academy of Sciences, Washington, D.C.

Donald A. Henderson, M.D., Dean, School of Hygiene and Public Health, Johns Hopkins University.

Maurice Lazarus, Chairman, Finance Committee, Federated Department Stores, Inc., Boston, Massachusetts.

Richard A. McCormick, S.T.D., Professor of Christian Ethics, Kennedy Institute for the Study of Reproduction and Bioethics, Georgetown University.

Robert F. Murray, M.D., Chief, Division of Medical Genetics, College of Medicine, Howard University.

Mitchell W. Spellman, M.D., Dean for Medical Services and Professor of Surgery, Harvard Medical School.

Daniel C. Tosteson, M.D., Dean, Medical School, Harvard University.

Agnes N. Williams, LL.B., Potomac, Maryland.

Eugene M. Zwerbeck, M.D., Surgeon in Private Practice, Omaha, Nebraska.

Ethics Advisory Board Staff

Professional Staff

Charles R. McCarthy, Ph.D., Staff Director.
Barbara Mishkin, M.A., Deputy Staff Director.
F. William Dommel, Jr., J.D., Special Assistant to the Staff Director.
Roy Branson, Ph.D., Ethics.

Support Staff

Roberta Garfinkle, Committee Assistant.
Erma L. Pender.
Coral M. Sweeney.
Eleanor S. Yago.

Special Consultants

Philip Halpern, J.D., Legal Consultant to the Chairman.
LeRoy Walters, Ph.D., Director, Center for Bioethics, Kennedy Institute, Georgetown University.

Student Assistants

Jose Pertierra, M.A.
Ray Moseley, M.A.

Table of Contents

I. Background.
- A. The Normal Human Reproductive Process.
- B. Previous Research with and Application of *In Vitro* Fertilization and/or Embryo Transfer.
- C. The First Phase of the Ethical Debate.
- D. The Evolution of HEW Involvement.

II. Laboratory Research Involving Human *In Vitro* Fertilization and/or the Culture of Early Human Embryos: Technical and Ethical Issues.
- A. The Goals and Potential Benefits of the Research.
- B. The Design of the Research.
- C. The Consent of Sperm and Ovum Donors.
- D. The Status of the Early Human Embryo.
- E. Potential Adverse Consequences of the Research.

III. Clinical Applications of *In Vitro* Fertilization and/or Embryo Transfer: Technical and Ethical Issues.
- A. The Need for and Potential Benefits of *In Vitro* Fertilization and Embryo Transfer.
- B. The Need for and Adequacy of Prior Laboratory and Animal Research.
- C. Risks of Procedures.
- D. The Consent of Sperm and Ovum Donors.
- E. The Status of the Early Human Embryo.
- F. Potential Adverse Consequences of Clinical Applications.
- G. Questions of Allocation.

IV. Legal Issues Surrounding Human *In Vitro* Fertilization and Embryo Culture, and Embryo Transfer.
- A. Existing Federal and State Law Applicable to Human *In Vitro* Fertilization and/or Embryo Transfer.
- B. Constitutional Issues.
- C. Criminal Law.

V. Review of Public Attitudes.
- A. Responses Received by the EAB.
- B. Public Opinion Surveys.
- C. List of Public Witnesses.

VI. Summary and Conclusions.

Office of the Secretary

Protection of Human Subjects; HEW Support of Human in Vitro Fertilization and Embryo Transfer: Report of the Ethics Advisory Board

AGENCY: Department of Health, Education, and Welfare.

SUMMARY: Departmental regulations governing the protection of human subjects prohibit the support of research involving human *in vitro* fertilization until the Ethics Advisory Board has advised the Secretary as to its ethical acceptability. In 1977, the Department received an application for support of such research which was forwarded to the Board for review early in 1978. Following the birth of a baby conceived by means of *in vitro* fertilization in England, the Secretary directed the Board to broaden its study of the individual research proposal to include the scientific, ethical, legal and social aspects of human *in vitro* fertilization and embryo transfer in general. This report is the product of that study. The Department has decided to publish the report of the Board and to solicit public comment before making any determination on the sensitive issues involved.

ADDRESS: Written comments, data, views, arguments, and inquiries concerning the report and conclusions of the Ethics Advisory Board may be sent to Mr. F. William Dommel, Jr., Office for Protection from Research Risks, National Institutes of Health, 9000 Rockville Pike, Bethesda, Maryland 20014.

ANNEXE 9

PRECISIONS SUR LA LOI FRANCAISE

RELATIVE A L'INTERRUPTION DE GROSSESSE

1° Avortement avant la dixième semaine:

" 7. Cette interruption de grossesse est soumise à des conditions de fond et de forme.

§ 1er. — *Conditions de fond.*

8. L'article L. 162-1 du code de la santé publique dispose : « La femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander un médecin l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la dixième semaine de grossesse ». Ainsi, cette circonstance de délai étant acquise, il suffit, pour que l'avortement puisse régulièrement avoir lieu, d'une seule autre condition : l'existence d'une « situation de détresse ». Mais la loi ne définit pas cet état et c'est la femme seule qui, en définitive, appréciera s'il se trouve ou non réalisé. Sa décision ne pourra cependant intervenir qu'au terme d'une procédure assez compliquée, conçue pour la mettre en présence de tous les aspects de la situation et éclairer son choix.

§ 2. — *Conditions de forme.*

9. Le législateur a entendu entourer l'interruption de grossesse d'un certain nombre de garanties qui se situent, non seulement au niveau de l'intervention elle-même, mais antérieurement et postérieurement à celle-ci.

A. — Consultations préalables à l'avortement.

10. La femme qui s'estime placée dans une « situation de détresse » est tenue à une première démarche : la consultation d'un médecin (C. santé publ., art. L. 162-3). Ce praticien, dont elle a le libre choix, a légalement une double obligation. Il doit, d'une part lui adresser une mise en garde concernant les risques médicaux qu'elle encourt pour elle-même et pour ses maternités futures, d'autre part lui remettre un document officiel, appelé « dossier-guide », comportant notamment :

« a) Le rappel des dispositions de l'article 1er de la loi du 17 janvier 1975, ainsi que des dispositions de l'article L. 162-1 du présent code qui limite l'interruption de la grossesse au cas où la femme enceinte se trouve placée par son état dans une situation de détresse ;

« b) L'énumération des droits, aides et avantages garantis par la loi aux familles, aux mères, célibataires ou non, et à leurs enfants; ainsi que des possibilités offertes par l'adoption d'un enfant à naître ;

« c) La liste et les adresses des organismes visés à l'article L. 162-4, ainsi que des associations et organismes susceptibles d'apporter une aide morale ou matérielle aux intéressés ;

« d) La liste et les adresses des établissements où sont effectuées des interruptions volontaires de la grossesse.

11. La femme désireuse d'interrompre sa grossesse devra, dans un second temps, consulter « un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé » (C. santé publ., art. L. 162-4 et

« Cette consultation comporte un entretien particulier au cours duquel une assistance et des conseils appropriés à la situation de l'intéressée lui sont apportés, ainsi que les moyens nécessaires pour résoudre les problèmes sociaux posés.

« ... en vue notamment de permettre à celle-ci de garder son enfant. A cette occasion, lui sont communiqués les noms et adresses des personnes qui, soit à titre individuel, soit au nom d'un organisme, d'un service ou d'une association, seraient susceptibles d'apporter une aide morale ou matérielle aux femmes et aux couples confrontés aux problèmes de l'accueil de l'enfant. »

Une attestation de consultation devra lui être délivrée.

12. Si, après cette double consultation, la femme persiste dans son intention d'avortement, elle doit adresser une confirmation écrite au médecin. Un délai d'au moins une semaine devra s'être écoulé depuis la demande verbale par elle faite à ce praticien lors de sa première visite (C. santé publ., art. L. 162-5).

« ..., sauf au cas où le terme des dix semaines risquerait d'être dépassé, le médecin étant seul juge de l'opportunité de sa décision. En outre, cette confirmation ne peut intervenir qu'après l'expiration d'un délai de deux jours suivant l'entretien prévu à l'article L. 162-4, ce délai pouvant être inclus dans celui d'une semaine prévu ci-dessus. »

B. — Modalités de l'avortement.

13. Ces formalités étant accomplies, l'avortement devient possible. Mais il ne pourra intervenir que dans des conditions offrant certaines garanties médicales, en dehors de toute clandestinité. L'intervention devra, d'une part être pratiquée exclusivement par un médecin (qui peut d'ailleurs ne pas être celui initialement consulté), d'autre part avoir lieu à l'intérieur d'un établissement d'hospitalisation public ou d'un établissement d'hospitalisation privé répondant à certaines conditions administratives (Cf. à cet égard C. santé publ., art. L. 176 et Décr. n° 75-750 du 7 août 1975, D. 1975. 304). Cet établissement s'assurera préalablement, en exigeant de la femme la production d'attestations, que celle-ci a bien satisfait aux consultations ci-dessus précisées, prévues par les articles L. 162-3 à L. 162-5 du code de la santé publique (C. santé publ., art. L. 162-2, al. 2, et L. 162-6).

14. La loi nouvelle contient une disposition capitale de nature à assurer, en une matière concernant la morale essentielle, la liberté de conscience du praticien : « Un médecin n'est jamais tenu de donner suite à une demande d'interruption de grossesse ni de pratiquer celle-ci, mais il doit informer, dès la première visite, l'intéressée de son refus » (C. santé publ., art. L. 162-8).

C. — Formalités postérieures à l'avortement.

16. Une fois l'interruption de grossesse réalisée, la femme n'est plus tenue pour sa part à aucune obligation. Mais l'établissement où a été pratiqué l'avortement doit quant à lui : d'une part, assurer l'information de la femme en matière de régulation des naissances (C. santé publ., art. L. 162-9) ; d'autre part, adresser au médecin inspecteur régional de la santé une déclaration de l'intervention effectuée, exclusive bien entendu de toute précision d'identité (art. L. 162-10).

ART. 2. — AVORTEMENT POUR MOTIF THÉRAPEUTIQUE.

19. Le libéralisme de la loi du 17 janvier 1975 s'est également manifesté de façon très nette en ce qui concerne l'avortement thérapeutique, dont le domaine a reçu une extension considérable.

§ 1er. — *Conditions de fond.*

20. Dans l'état de droit antérieur, qui résultait de l'article L. 161-1 ancien du code de la santé publique, l'interruption de grossesse n'était possible pour motif thérapeutique que dans une seule hypothèse : lorsqu'elle s'avérait nécessaire à « la sauvegarde de la vie de la mère gravement menacée ». A l'heure actuelle, aux termes de l'article L. 162-12 du code de la santé publique, l'avortement peut être pratiqué dans deux séries de cas : *a*) Lorsque la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme. Cette hypothèse englobe donc et dépasse largement l'hypothèse ancienne, puisque l'interruption de grossesse se trouve justifiée par un risque grave concernant, non seulement la vie de la mère, mais simplement sa santé. Il résulte des travaux préparatoires que la santé mentale est prise en considération au même titre que la santé physique. *b*) Lorsqu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic.

21. Aucune condition de délai n'est exigée. L'avortement thérapeutique peut être pratiqué à un stade quelconque de la grossesse.

§ 2. — *Conditions de forme.*

22. Les formalités imposées à la femme par les articles L. 162-2 à L. 162-6 en cas d'interruption de grossesse de moins de dix semaines n'ont pas lieu d'être suivies en matière d'avortement thérapeutique. Ce sont, en effet, les médecins et eux seuls qui apprécieront si la femme enceinte se trouve dans une situation réalisant un des cas d'avortement légalement prévus. Ils auront ainsi à juger, dans le premier cas du « péril grave » résultant pour la santé de la mère de son état de grossesse, dans le second cas de la « forte probabilité » que l'enfant présente une affection, du caractère « incurable » de celle-ci et de sa « particulière gravité ». Or ces notions, que la loi n'a pas autrement précisées, sont de contenu incertain et leur appréciation sera largement soumise à la subjectivité, voire à l'arbitraire des praticiens.

23. L'intervention de deux médecins est requise, et non plus de trois comme dans le système précédent. L'un d'eux doit exercer son activité dans un établissement d'hospitalisation public ou dans un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux conditions de l'article L. 176 et l'autre être inscrit sur une liste d'experts près la Cour de cassation ou près une cour d'appel. Ils doivent attester par écrit que la femme se trouve dans un des cas d'interruption volontaire de grossesse prévus par l'article L. 162-12 du code de la santé publique.

24. Sont applicables en matière d'avortement thérapeutique les dispositions déjà étudiées de l'article L. 162-2 aux termes duquel les interruptions volontaires de grossesse ne peuvent être pratiquées que par un médecin dans un établissement hospitalier, de l'article L. 162-8 relatif à la clause de conscience, de l'article L. 162-9 prévoyant une information de la femme au sujet de la régulation des naissances et de l'article L. 162-10 prescrivant une déclaration de l'intervention à l'autorité sanitaire (V. *supra*, nos 13 et s., 16).

SECT. 2. — Avortement délictueux.

ART. 1er. — DOMAINE DE L'INFRACTION.

25. Tout avortement opéré hors des conditions qui viennent d'être définies ne tombe pas pour autant sous le coup de la loi pénale. C'est ce qu'impliquent nécessairement les dispositions de l'article

Article de la Loi du 31 décembre 1975 aux termes duquel

IV. — L'article 317 du code pénal est complété par un sixième alinéa rédigé ainsi qu'il suit :

« Les dispositions des quatre premiers alinéas du présent article ne sont pas applicables lorsque l'interruption volontaire de la grossesse est pratiquée soit dans les conditions fixées par l'article L. 162-12 du code de la santé publique, soit avant la fin de la dixième semaine, par un médecin, dans un établissement d'hospitalisation public ou un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux dispositions de l'article L. 176 du code de la santé publique. »

Il en résulte, *a contrario*, que l'avortement présente un caractère délictueux dans les seuls cas où il est réalisé : *a*) par un non-médecin, et ce en toute hypothèse, quel que soit le stade de la grossesse et le lieu de l'intervention ; *b*) par un médecin après la fin de la dixième semaine, même si l'interruption de grossesse est pratiquée dans un établissement hospitalier public ou privé habilité (hors l'hypothèse, bien sûr, de l'avortement thérapeutique) ; *c*) par un médecin avant la fin de la dixième semaine si l'intervention a lieu en dehors d'un établissement hospitalier (par ex. dans le cabinet du praticien) ; *d*) par un médecin prétendant intervenir pour un motif thérapeutique après la fin de la dixième semaine, sans que soient remplies toutes les conditions posées par l'article L. 162-12 du code de la santé publique. En effet, toute interruption de grossesse postérieure à la dixième semaine est en principe délictueuse et elle ne peut perdre ce caractère que si l'exception prévue par la loi se trouve exactement réalisée. On devrait cependant admettre que, si une intervention d'urgence était imposée par un péril de mort résultant de la grossesse, le médecin qui aurait pratiqué l'avortement sans se conformer à certaines obligations édictées par l'article L. 162-12 (telles que celles d'opérer dans un établissement hospitalier ou d'obtenir l'avis préalable de deux médecins) serait justifié par la nécessité de la légitime défense de la vie de la mère. Sur la suspension des quatre premiers alinéas de l'art. 317, V. Trib. grande inst. Aix-en-Provence, 10 mars 1977 (D. 1978. 16, note G. Roujou de Boubée).

26. Il résulte, en revanche, des dispositions précitées de l'article 2 que l'inobservation des formalités antérieures ou postérieures à l'avortement prévues par les articles L. 162-3 à L. 162-11 (V. *supra*, nos 9 et s.) ne suffit pas à faire rentrer l'interruption de grossesse dans le champ d'application de la loi pénale. Le médecin ou le directeur d'établissement hospitalier qui auront négligé de respecter ces conditions de forme seront seulement passibles de mesures d'ordre disciplinaire ou administratif (un établissement d'hospitalisation privé pourra, en particulier, faire l'objet d'un retrait d'autorisation). La femme, quant à elle, n'encourra aucune sanction (V. Trib. corr. Rouen, 9 juill. 1975, J. C. P. 1976. II. 18258, note Savatier).

Lucien Charbonnier

« Considérant que, s'il est contraire à l'ordre public de convenir qu'on ne sera pas responsable de ses fautes lourdes et si, en conséquence, Sergent, Fagnan et Bétourné ne sauraient être déchargés de leur responsabilité éventuelle par application des clauses susvisées, ces clauses ont eu cependant pour effet de faire disparaître à leur profit la présomption de faute mise à la charge de l'architecte par l'art. 1792 du Code civil dans les marchés à prix fait et d'obliger par suite la Société Drecoll à rapporter la preuve des fautes lourdes qu'elle leur reproche. »

Dans la note de M. Minvielle qui figure à la suite de cet arrêt, il est d'ailleurs souligné que *« si la jurisprudence, en vertu de ce principe, déclare nulles les clauses de non-responsabilité, elle ne leur refuse pas tout effet. D'une façon générale, elle considère que ces clauses ont pour effet de renverser le fardeau de la preuve : le débiteur n'est pas exonéré de sa responsabilité, mais il appartient au créancier d'établir que le débiteur a commis une faute : Cass. civ. 6 mars 1912 (D.P. 1913.1.415) ; 9 novembre 1915 (D.P. 1921.1.23) ; Cass. req. 19 décembre 1923 (Rec. Gaz. Pal. 1924.1.356...). L'arrêt ci-dessus rapporté de la Cour de Paris a purement et simplement appliqué ces solutions en matière de responsabilité décennale des constructeurs ».*

Dans un autre arrêt de la Cour de cassation : req. 30 juin 1902 (*D.P.* 1907.1.436), il est dit que la clause exonérant l'architecte des conséquences de toutes les malfaçons commises par l'entrepreneur, autres que celles intéressant la solidité des bâtiments, « doit être considérée comme réglant simplement les obligations respectives des parties contractantes, au point de vue de l'exécution de leur marché », ce qui implique évidemment que la clause n'est pas nulle.

Dans son arrêt du 17 février 1955, la Chambre civile de la Cour de cassation (*D.* 1956.2.17) a jugé que les clauses d'exonération ou d'atténuation de responsabilité en faveur du bailleur sont nulles en matière délictuelle en raison de ce que les art. 1382 et 1383 du Code civil, qui s'appliquent en l'occurrence, sont d'ordre public et que leur application ne peut être paralysée d'avance par la convention. Il s'agissait en l'espèce d'un incendie communiqué par un wagon-citerne à un hangar donné en location par la S.N.C.F. à une société qui avait été indemnisée par ses assureurs, lesquels avaient exercé leurs recours contre la S.N.C.F.

Ainsi constate-t-on une tendance très nette de la jurisprudence à appliquer le droit commun aux clauses d'exonération de la garantie décennale. On sait que, selon ce droit commun, les clauses d'irresponsabilité ont tout au plus pour effet, en cas de faute lourde, de renverser la charge de la preuve. Nous reviendrons plus loin sur cette question (cf. note Bricmont, *op. cit.* § 78, p. 86 et les références).

Par ailleurs, on doit souligner que, comme il est relevé dans Planiol et Ripert (t. 10, § 957, cité ci-dessus) le principe de l'inefficacité des clauses exonératoires ne saurait jouer lorsque le maître de l'ouvrage a lui-même des connaissances techniques qui en font un architecte, en sorte qu'il sait exactement quelle est la portée de la clause (cf. également *Dalloz Rép. dr. civ.*, Entreprise, §171 ; Cass. 3e civ. 21 mars 1971, précité).

On rejoint ainsi les principes mêmes qui justifient le caractère d'ordre public de la responsabilité décennale et qui répondent essentiellement au souci d'assurer la sécurité des édifices et la protection des profanes en matière de technique de construction (cf. par ex. Bricmont, *op. cit.* §78 p. 89).

A ce sujet, il est indiqué dans la note de M. Minvielle sur l'arrêt de la Cour de cassation du 19 juin 1929 susvisé, avec de nombreuses références doctrinales à l'appui qu'« il est presque unanimement admis que l'interdiction des clauses de non-responsabilité ne vise que les fautes techniques qui risquent de compromettre la solidité de l'édifice. Cela résulte très nettement des travaux préparatoires. » Il est également rappelé dans la même note, toujours par référence à la doctrine que « l'architecte peut encore être valablement déchargé de sa responsabilité par un propriétaire ayant des connaissances techniques en matière de bâtiment, le propriétaire ne pouvant en ce cas alléguer son ignorance » (5).

(ii) Cas de la faute lourde.

Il est permis de se demander dans quelle mesure les clauses d'irresponsabilité stipulées dans un contrat d'engineering pourraient, même dans le cas d'une faute lourde, être considérées comme nulles alors que, d'une part, la solidité de l'installation ne serait pas en cause mais bien plutôt ses performances et que, d'autre part, le maître de l'ouvrage, sans connaître aussi bien que le bureau d'engineering les techniques utilisées pour la construction de l'installation, possèderait un bagage technique suffisant pour le faire fonctionner et en comprendre le mécanisme, à tel point qu'il participerait aux essais de réception. *Il semble qu'on puisse répondre d'une manière générale, avec un degré suffisant de certitude que, en présence d'une faute lourde, les clauses d'exonération de responsabilité décennale même si elles ne sont pas toujours considérées comme absolument nulles, ont tout au plus pour effet de renverser la charge de la preuve.*

Mais encore faut-il déterminer dans quelle mesure cet effet d'inversion du fardeau de la preuve est réellement efficace. A cet égard une distinction doit être faite entre deux cas qui font respectivement l'objet des art. 1792 et 2270 du Code civil :

– L'art. 1792 est, en principe, relatif à l'hypothèse d'une perte totale ou partielle de la construction : selon la jurisprudence à peu près unanime en la matière, l'entrepreneur et l'architecte (pour ce dernier en tout cas depuis la loi du 3 janvier 1967 ainsi que nous l'avons vu) (*in J.C. Construction*, fasc. 203 § 18) et la référence à Cass civ. 14 novembre 1900 (*D.P.* 1901.1.153) ; Liet-Veaux *in* (*Gaz. Pal.* 8, 9, 10 janvier 1969). Les responsabilités biennale et décennale des constructeurs, Bricmont (*op. cit.* p. 86 – *Dalloz, Rép. dr. civ.*, « Entreprise » § 77).

L'art. 2270, en ce qui le concerne, pose, de façon générale, le principe de la responsabilité décennale qui, dans le cas de perte prévu à l'art. 1792, *exige, selon une jurisprudence également unanime, que le maître de l'ouvrage fasse la preuve* de la faute commise par l'homme de l'art (6) : cf. Liet-Veaux *in J.C. Construction*, fasc. 203, § 36 – *Dalloz. Rép. dr. civ.* art. cité).

Dans ces conditions, il apparaît que, lorsqu'une faute lourde a été commise, les clauses d'irresponsabilité insérées dans le marché conclu avec le bureau d'engineering, même si elles ne sont pas radicalement nulles, sont pratiquement dénuées d'effet puisque, de toute façon, la charge de la preuve pèse sur le maître de l'ouvrage. Tout au plus peuvent-elles avoir, en pur fait, une certaine influence sur les juges dans leur appréciation du degré de gravité de la faute.

On doit toutefois relever que la jurisprudence a tendance à interpréter largement le domaine d'application de l'art. 1792. Ainsi la Cour de cassation a-t-elle décidé que cet article s'appliquait à des malfacons, dès lors que celles-ci touchent des éléments de gros ouvrage et entraînent des troubles graves dans l'utilisation de l'immeuble (cf. Liet-Veaux *in J.C. Construction*, fasc. 203, § 190 et s. et les références). Un annotateur (*J.C.P.* 1965.11.14269) a fait la synthèse des décisions rendues en la matière dans les termes suivants : « La tendance se dessine nettement de déterminer le champ d'application des art. 1788 et suivants en se fondant moins sur la nature de l'ouvrage lui-même que sur l'étendue du vice qui l'affecte et qui en compromet la destination. » : cité *in* (*J.C. Construction*, fasc. 203, § 195) ; – cf. en des sens différents eu égard à l'ampleur des défectuosités : Paris 12 novembre 1957 (*Gaz. Pal.* T.O. 1956-1960, v° Louage d'ouvrage n. 90 – *D.* 1958.141).

Mais, même en admettant que la présomption de l'art. 1792 puisse jouer en ce qui concerne les malfaçons et le non-respect des garanties de performances et de consommation d'un ouvrage industriel, l'existence de la faute et son degré de gravité sont, dans les cas litigieux, très généralement déterminés par voie d'expertise, en sorte que le problème de la charge de la preuve est pratiquement de peu d'incidence.

Donc les clauses d'irresponsabilité sont, de toute façon, inopérantes en cas de faute lourde.

(à suivre)

(*) Goldsmith, Delvolvé et Associés.

(3) Pour ce qui concerne les vices cachés en matière de vente, cf. en particulier, Philippe Malinvaud, La responsabilité civile du vendeur à raison des vices de la chose (*J.C.P.* 1968.2153).

(4) Dans le même sens, voir aussi : Cass. 3e civ., 22 mai et 5 juin 1968 (*D.* 1970.453) ; Cass. 3e civ. 24 mars 1971 (*D.* 1971, somm. p. 139).

(5) Dans le même sens, voir : Cass. 3e civ., 22 mai et 5 juin 1968 (*D.* 1970.453, note Ph. Jestaz).

(6) Il est bien entendu que, dans la présente étude, le terme « homme de l'art » désigne aussi bien l'architecte que l'entrepreneur, et donc aussi le bureau d'engineering selon les hypothèses faites sur le rôle et la mission de celui-ci.

CONTRACEPTION ET AVORTEMENT

I. – CONTRACEPTION.

La loi du 28 décembre 1967 en abrogeant les art. L 648 et 649 du Code de la santé publique sur la propagande anticonceptionnelle et en autorisant la fabrication, l'importation et la vente de certains contraceptifs, a constitué et constitue encore un événement d'une portée considérable.

Avec cette loi, la vente de contraceptifs doit être exclusivement effectuée en pharmacie et uniquement sur ordonnance médicale, étant bien entendu qu'il ne s'agit nullement de produit abortif.

L'ordonnance doit être nominative, limitée quantitativement dans le temps et remise accompagnée d'un carnet à souche, par le médecin à sa cliente.

Pour les mineures, le consentement écrit de l'un des parents ou du représentant légal doit être constaté sur l'ordonnance médicale.

Parallèlement, un décret du 24 avril 1972 prévoit la création d'établissements d'information, de consultation ou de conseil familial – sans but lucratif – et de centres de planification et d'éducation familiale où la délivrance de contraceptifs à titre gratuit ou onéreux est interdite.

Les buts de ces nouveaux centres sont :

1) L'éducation familiale (rapports conjugaux, stérilité involontaire, maternité, accouchement) ;

2) L'information sur les méthodes de régulation des naissances ;

3) La création de consultations et interventions en vue de faciliter ou régulariser les naissances.

A noter que les centres sont soumis à l'agrément préalable, tandis que les établissements ne sont que soumis à un régime de déclaration contrôlée, car ils ont surtout un rôle social, tandis que les centres ont un rôle médical.

Mais une loi du 4 décembre 1974 a sensiblement modifié le premier texte : « Les centres de planification ou d'éducation familiale agréés, sont autorisés à délivrer à titre gratuit des médicaments, produits ou objets contraceptifs sur prescription médicale aux mineures désirant garder le secret, ainsi qu'aux personnes ne bénéficiant pas de prestations maladie, assurée par un régime légal ou réglementaire... les frais d'analyses et examens de laboratoire ordonnés en vue des prescriptions contraceptives, sont supportés par les centres.

Avec ce texte, le médecin peut, sans déclaration préalable, pratiquer certains actes comme l'insertion de contraceptifs intra-utérins.

D'après les art. 13 et 14 de la loi du 18 janvier 1975 :

– En aucun cas l'interruption volontaire de la grossesse ne doit constituer un moyen de régulation des naissances. A cet effet, le Gouvernement prendra toutes les mesures nécessaires pour développer l'information la plus large possible sur la régulation des naissances, notamment par la création généralisée dans les centres de protection, maternelle et infantile, de centres de planification ou d'éducation familiale et par l'utilisation de tous les moyens d'information.

– Chaque centre de planification ou d'éducation familiale constitué dans les centres de protection maternelle et infantile sera doté des moyens nécessaires pour informer, conseiller et aider la femme qui demande une interruption volontaire de grossesse.

Et 3 décrets du 6 mai 1975 achèvent de généraliser la contraception :

1) Une simplification des procédures est organisée : la prescription médicale toujours indispensable, est valable 1 an et le pharmacien peut délivrer en une seule fois des contraceptifs oraux pour 3 mois ; de plus, l'autorisation des parents des mineures de moins de 16 ans n'est plus nécessaire pour recourir à ces méthodes.

2) Le remboursement de la Sécurité sociale est autorisé pour tous les contraceptifs oraux, mais ne sont pas encore remboursés les contraceptifs locaux : stérilets, diaphragmes, spermicides.

3) L'admission au bénéfice de l'aide médicale est facilitée.

4) Les centres pourront délivrer gratuitement des contraceptifs et prendre en charge les examens et analyses préalables pour les femmes qui n'ont pas la Sécurité sociale, ou celles qui n'ont pas l'autorisation de leurs parents ou ne veulent pas avertir leur mari.

5) La régulation des naissances est intégrée aux centres de P.M.I. avec consultations sur les problèmes de la naissance.

∴

II. – L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE LA GROSSESSE.

Elle suspend pendant 5 ans l'application des dispositions de l'art. 317 du Code pénal sur l'avortement.

La femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin d'interrompre sa grossesse, à condition :

1) Que ce soit avant la fin de la 10e semaine de ladite grossesse,

2) Que cet acte soit pratiqué par un médecin,

3) Qu'il ait lieu dans un établissement d'hospitalisation public ou privé agréé.

Le médecin ainsi sollicité doit informer la jeune femme :

– des risques médicaux qu'elle encourt pour elle-même et ses futures maternités,

– il doit remettre à l'intéressée un dossier-guide, dont nous parlerons plus loin.

Ensuite cette femme devra consulter un établissement d'information, consultation ou conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé, qui lui délivrera une attestation de consultation.

Cette consultation comporte un entretien particulier ; assistance, conseils sont apportés ainsi que les renseignements nécessaires sur l'aide aux familles et aux femmes seules. Si possible, le couple participe à la consultation et à la décision.

Après ces deux consultations, si la femme persiste dans son intention, le médecin lui demande une confirmation écrite. Cette confirmation n'est valable qu'après l'expiration d'un délai d'une semaine après la première demande.

Le médecin peut pratiquer lui-même l'intervention et s'il ne le fait pas, il restitue à la femme sa demande afin qu'elle soit remise à un autre médecin choisi par elle, et il lui remet un certificat attestant qu'elle a satisfait aux consultations médicale et sociale prévues par la loi.

Pour les mineures célibataires, le consentement de l'un des parents ou du représentant légal est requis.

Un médecin n'est jamais tenu de donner suite à une demande d'interruption de grossesse, ni de la pratiquer, mais il doit en informer sa cliente dès la première visite.

Sous la même réserve, aucune sage-femme, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical quel qu'il soit, n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse.

Un établissement d'hospitalisation privé, agréé par la réforme hospitalière de 1970, peut également refuser son concours si d'autres établissements sont en mesure de répondre aux besoins locaux.

Tout établissement qui pratique une interruption de grossesse doit assurer ensuite l'information de la femme en matière de régulation des naissances.

Toute interruption de grossesse doit faire l'objet d'une déclaration établie par le médecin et adressée par l'établissement où elle est pratiquée au médecin-inspecteur régional de la Santé, sans mentionner l'identité de la femme.

∴

Interruption volontaire de la grossesse pour motifs thérapeutiques.

Art. 162-12 de la loi du 18 janvier 1975 : « L'interruption volontaire d'une grossesse peut, à toute époque, être pratiquée si deux médecins attestent, après examen et discussion, que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic.

L'un des deux médecins doit exercer son activité dans un établissement d'hospitalisation public ou dans un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux conditions de l'art. L. 176 et l'autre être inscrit sur une liste d'experts près la Cour de cassation ou près d'une Cour d'appel.

Un des exemplaires de la consultation est remis à l'intéressée ; deux autres sont conservés par les médecins consultants. »

Une circulaire du 10 mars 1975 est un document adressé aux responsables des directions régionales et départementales de la Direction d'Action Sanitaire et Sociale (D.A.S.S.) et aux directeurs des centres hospitaliers régionaux et départementaux, suivi d'une note d'information destinée à suppléer provisoirement au dossier guide prévu par la loi.

Munis de ces deux documents, les organismes destinataires doivent y joindre une annexe avec la liste des différents établissements d'information et conseil familial et de tous les organismes habilités à délivrer l'attestation de « l'entretien social ».

4 décrets et un arrêté du 13 mai 1975 complètent et assurent la mise au point de cette législation :

1) **Un décret sur l'Aide Médicale** précise dans quelles conditions une femme assurée sociale ou non peut être aidée financièrement. Le préfet peut accorder le bénéfice de l'Aide Médicale après enquête. Il est possible de faire appel de cette décision devant la Commission Départementale de l'Aide Sociale.

2) **Un décret sur la consultation sociale préalable à toute décision de la femme :** il mentionne les différentes catégories d'organisations publiques et privées habilitées à cette consultation et il est précisé à quels critères sont soumises lesdites organisations.

Elles doivent être sans but lucratif, à vocation sociale et s'engager à assurer une permanence au moins hebdomadaire. L'attestation délivrée à l'issue de la consultation portant signature manuscrite de la personne qui a procédé à l'entretien et le cachet de l'établissement sera délivrée à la femme.

3) **Un décret sur les conditions d'avortement pour les femmes étrangères :** elles devront justifier d'une résidence régulière depuis plus de 3 mois, être en possession d'un titre de séjour ou d'un document en tenant lieu.

Pour l'étrangère mineure célibataire, non tenue à la possession d'un titre de séjour, la preuve de sa résidence en France depuis plus de 3 mois peut être faite par tous moyens.

4) **Enfin un arrêté du même jour, 13 mai 1975,** donne toutes indications sur le **dossier-guide** relatif aux droits des familles, des mères célibataires ou non.

Ces dossiers réalisés par la Direction de l'Action Sociale du ministère de la Santé sont adressés aux Préfets (Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale) qui les complètent en y incluant les adresses des centres et organismes de planification, d'éducation et d'information familiale des services sociaux de la région.

Ceux-ci les enverront à leur tour aux médecins, aux établissements d'hospitalisation publics et privés et à tous centres et organismes concernés.

Quant au *dossier-guide* lui-même, il remplace le dossier provisoire prévu par la circulaire du 10 mars 1975.

Comment se présente ce dossier-guide ?

Il commence par un avant-propos : A l'heure de la réflexion, rappelant à toute femme qu'elle a un délai d'une semaine après avoir vu le

médecin pour consulter un service social, un centre de planification ou d'éducation familiale, un établissement d'information, consultation, ou conseil familial, ou tout autre organisme agréé – la liste de ces différents organismes est jointe au dossier.

Ainsi la jeune femme (et même si possible le couple), avant de prendre une décision, a un entretien particulier avec une personne compétente et tenue au secret professionnel. Dans ce dossier, figurent des informations sur les prestations sociales dont la jeune femme, mariée ou non, pourra bénéficier :

– *Avant la naissance*, les allocations prénatales ; les frais d'accouchement seront pris en charge par la Sécurité sociale, et éventuellement par l'Aide Médicale ;

– *Après la naissance*, les allocations post-natales.

En outre, certaines jeunes femmes ont droit :

- aux allocations familiales (à partir du 2e enfant),
- à l'allocation salaire unique,
- à l'allocation pour frais de garde si la mère travaille,
- à l'allocation orphelin pour la veuve ou la mère célibataire,
- à l'allocation logement dans certaines conditions.

Et éventuellement à l'allocation mensuelle d'enfant secouru ; en faisant une demande auprès de la D.D.A.S.S. Ces allocations ne sont pas imposables et les impôts sont minorés suivant le nombre d'enfants à la charge.

Le dossier donne aussi *des informations juridiques sur l'emploi :* aucun licenciement pendant la grossesse et les 12 semaines après l'accouchement, sauf faute grave ou licenciement économique.

En cas de licenciement intervenant avant la constatation médicale de la grossesse, un délai de 8 jours est accordé pour fournir un certificat médical justifiant la grossesse et le licenciement est annulé.

En ce qui concerne *les congés*, la femme salariée bénéficie d'un congé de maternité de 14 semaines (6 semaines avant et 8 semaines après l'accouchement) avec versement d'indemnités journalières.

Et pour la femme qui veut s'occuper de son bébé, elle sera réembauchée en priorité dans son emploi pendant 1 an après la fin de congé de maternité.

Quant à *l'hébergement*, il existe des *maisons maternelles* pour les femmes enceintes de plus de 6 mois et jusqu'à ce que l'enfant ait 3 mois, quelquefois 6. Les *hôtels maternels* peuvent prendre en charge les mères et les enfants après les maisons maternelles. Mais évidemment, tout ce réseau social est encore notoirement insuffisant.

Enfin, le dossier envisage aussi la solution de l'adoption, mais beaucoup de jeunes femmes refusent systématiquement cette éventualité.

Avant de terminer cette étude, il est utile de signaler qu'à côté des conseils médicaux et sociaux, des conseils juridiques sont indispensables. C'est d'ailleurs ce que précise le texte.

Avant de prendre une décision aussi lourde de conséquences pour la famille, le père, la mère, l'enfant, il est nécessaire de connaître ses droits ; des services juridiques spécialisés ont été créés à cette intention.

Suzanne KIEFE,
Avocat à la Cour de Paris.

jurisprudence

COUR DE CASSATION (Ch. criminelle)

23 octobre 1975

Présidence de M. COMBALDIEU

DIFFAMATION. – PREUVE DE LA VERITE DES FAITS DIFFAMATOIRES. – PROCEDURE A OBSERVER. – OFFRE DE PREUVE. – OBLIGATION DE SPECIFIER LES FAITS DONT LE PREVENU ENTEND APPORTER LA PREUVE (T. Ve PRESSE).

La personne prévenue de diffamation qui entend prouver la vérité des faits diffamatoires doit spécifier les faits dont elle entend apporter la preuve, alors même qu'elle déclare vouloir faire la preuve de tous les faits visés dans la citation.

Cette spécification, nécessaire pour l'exacte application des art. 55 et 56 de la loi du 29 juillet 1881 sur la liberté de la presse, est une formalité substantielle qui doit être observée à peine de déchéance du droit de faire la preuve. Cette déchéance, qui est d'ordre public, doit être relevée d'office par le juge.

Boizeau Jean et Figueras André

Rejet.

Pourvoi en cassation contre un arrêt de la 11e Chambre de la Cour de Paris du 5 mars 1974. – Arrêt :

La Cour. – Statuant sur les pourvois de : Boizeau Jean et Figueras André, contre un arrêt de la Cour d'appel de Paris (11e Ch.) en date du 5 mars 1974 qui les a déclarés respectivement coupables de diffamation publique envers un particulier et de complicité de ce délit et qui les a condamnés à 3.000 F d'amende chacun ainsi qu'à des réparations civiles ;

Vu la connexité, joint les pourvois ;

Vu les mémoires produits en demande et en défense ;

Sur le premier moyen de cassation, commun aux deux demandeurs, et pris de la violation des art. 35, 53, 55 de la loi du 29 juillet 1881 et de l'art. 593 C. pr. pén., défaut de motifs, manque de base légale ; *« en ce que l'arrêt attaqué, infirmatif de ce chef, a déclaré irrecevable pour le tout l'offre de preuve de la vérité des faits diffamatoires par le motif que les faits datant de moins de 10 ans dont la preuve était offerte n'étaient pas articulés et qualifiés, l'offre de preuve se bornant à reproduire* in extenso *les passages visés dans la citation, alors qu'en reproduisant les passages visés dans la citation les prévenus offraient nécessairement la preuve de tous les faits qui y étaient énoncés et qui se trouvaient par-là même articulés et qualifiés puisque la validité de la citation est soumise à la condition qu'elle précise et qualifie les faits incriminés » ;*

Attendu que Nebinger a porté porté plainte et s'est constitué partie civile pour diffamation publique envers un particulier, en raison de la publication dans l'hebdomadaire *Minute* de six articles qui lui imputaient, principalement, d'avoir collaboré avec les autorités d'occupation, d'être un faux résistant ayant usurpé titres et honneurs, d'être un condamné de droit commun, d'avoir commis diverses indélicatesses et d'avoir obtenu par fraude l'adjudication d'un marché ; que Boizeau, directeur de la publication de l'hebdomadaire précité et Figueras, auteur de 5 des articles incriminés ont été renvoyés devant la juridiction correctionnelle, le premier pour diffamation publique envers un particulier et le second pour complicité de ce délit ; que les prévenus ont signifié au ministère public, dans les dix jours qui ont suivi la citation, la copie des pièces et les noms des témoins par lesquels ils entendaient prouver la vérité des faits ; que l'exploit de signification délivré à leur requête se bornait à reproduire les passages retenus comme diffamatoires dans la citation, sans spécifier les faits articulés et qualifiés dont les prévenus se proposaient de faire la preuve, alors d'ailleurs que les textes incriminés contenaient de nombreuses imputations et que certaines de celles-ci se référaient à des faits remontant à plus de dix années ;

Attendu qu'en cet état, c'est à bon droit que la Cour d'appel a estimé que Boizeau et Figueras n'ayant pas spécifié les faits dont ils entendaient apporter la preuve, devraient être déchus, en application de l'art. 55 de la loi du 29 juillet 1881, du droit qu'ils prétendaient exercer ; qu'en effet une telle spécification est nécessaire pour l'exacte application des art. 55 et 56 de ladite loi, alors même que le prévenu déclare vouloir faire la preuve de tous les faits visés dans la citation ; qu'il s'agit là d'une formalité substantielle qui doit être observée à peine de déchéance du droit de faire la preuve et que cette déchéance qui est d'ordre public, doit être relevée d'office par le juge ; qu'ainsi le moyen ne saurait être accueilli ;

Sur le second moyen de cassation, commun aux deux demandeurs, et pris de la violation des art. 29 et 32 de la loi du 29 juillet 1881, 427, 459 et 593 C. pr. pén., défaut de motifs, manque de base légale ; *« en ce que l'arrêt attaqué a rejeté les conclusions de sursis à statuer fondées sur une poursuite en faux témoignage engagée sur la plainte avec constitution de partie civile du prévenu, par le motif que certains témoignages et documents rendaient ces conclusions inopérantes, sans donner aucune indication sur le ou les témoignages argués de faux, mettant ainsi la Cour de cassation dans l'impossibilité de contrôler si le refus du sursis à statuer est ou non fondé » ;*

Attendu que par voie de conclusions régulières, les prévenus ont demandé à la Cour d'appel de surseoir à statuer jusqu'à la décision définitive à intervenir dans une information ouverte le 18 janvier 1974, pour faux témoignage, sur plainte avec constitution de partie civile de Boizeau ;

POOR
QUALITY
ORIGINAL